

**Workshop on the Use and Evaluation of Incentives in  
Tuberculosis Control in Latin America and the Caribbean:  
Trip Report, May 6–7, 2004**

---

Alexandra Beith  
Patricia Paredes  
Pedro Guillermo Suarez  
Melissa Thumm

Printed August 2004

---

Rational Pharmaceutical Management Plus  
Center for Pharmaceutical Management  
Management Sciences for Health  
4301 North Fairfax Drive, Suite 400  
Arlington, VA 22203 USA  
Phone: 703-524-6575  
Fax: 703-524-7898  
E-mail: [rpmpplus@msh.org](mailto:rpmpplus@msh.org)

U.S. Agency for International Development

This report was made possible through support provided by the U.S. Agency for International Development, under the terms of cooperative agreement number HRN-A-00-00-00016-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the U.S. Agency for International Development.

## **About RPM Plus**

RPM Plus works in more than 20 developing countries to provide technical assistance to strengthen drug and health commodity management systems. The program offers technical guidance and assists in strategy development and program implementation both in improving the availability of health commodities—pharmaceuticals, vaccines, supplies, and basic medical equipment—of assured quality for maternal and child health, HIV/AIDS, infectious diseases, and family planning and in promoting the appropriate use of health commodities in the public and private sectors.

## **Recommended Citation**

Beith, A., P. Paredes, P. G. Suarez, and M. Thumm. 2004. *Workshop on the Use and Evaluation of Incentives in Tuberculosis Control in Latin America and the Caribbean: Trip Report, May 6–7, 2004*. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Rational Pharmaceutical Management Plus Program  
Center for Pharmaceutical Management  
Management Sciences for Health  
4301 North Fairfax Drive, Suite 400  
Arlington, VA 22203 USA  
Phone: 703-524-6575  
Fax: 703-524-7898  
E-mail: [rpmpplus@msh.org](mailto:rpmpplus@msh.org)  
Web: <http://www.msh.org/rpmpplus>

## CONTENTS

ACRONYMS .....	iii
BACKGROUND .....	3
Purpose of Trip.....	3
Scope of Work .....	3
ACTIVITIES .....	3
1. RPM Plus, with support from PAHO, conducted the workshop The Use and Evaluation of Incentives in Tuberculosis Control in Latin America and the Caribbean .....	3
2. RPM Plus staff participated in the <i>Reunion Interagencial de Stop TB</i> from 3–5 May.....	3
3. A debriefing was held with USAID/Honduras as requested .....	3
Collaborators and Partners.....	3
NEXT STEPS .....	3
Immediate Follow-up Activities to RPM Plus’s Participation in the <i>Carousel de Actividades</i> ..	3
Immediate Follow-up Activities to Incentives Workshop .....	3
ANNEX 1. AGENDA.....	3
ANNEX 2. PARTICIPANT LIST.....	3
ANNEX 3. WORKSHOP PROCEEDINGS .....	3
Sesión 1: Objetivos de la reunión .....	3
Sesión 2: Introducción a la utilización de los incentivos en los programas de control de la tuberculosis .....	3
Sesión 3: Experiencias de algunos países con planes de implementar incentivos, de países que usan incentivos y de países que ya han hecho alguna evaluación del impacto de incentivos.....	3
Sesión 4: Desafíos comunes en la evaluación de los incentivos.....	3
Sesión 5: Definiciones de “incentivo” y “mecanismo facilitante” .....	3
Actividad: Grupos de trabajo .....	3
Sesión 6: Presentaciones de los países sobre sus planes desarrollados .....	3
Sesión 7: Próximos pasos.....	3
Conclusiones de la Reunión.....	3
Anexo A: Presentaciones de los facilitadores.....	A-3
Anexo B: Documento de trabajo para los países que están pensando implementar incentivos: Factores a tomar en cuenta.....	B-3
Anexo C: Hojas de trabajo para los países que ya están implementando incentivos y quieren evaluar el impacto del incentivo .....	C-3
Anexo D: Presentaciones completas de los grupos de trabajo.....	D-3
Anexo E: Evaluación del Taller.....	E-3



## ACRONYMS

BK+	Baciloscopía positiva
CDC	Centers for Disease Control and Prevention [USA]
CHSS	Center for Health Systems and Services (MSH)
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course
DR	Dominican Republic
HIV/AIDS	human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome
ICC	International Child Care [an NGO]
I&E	incentives and enablers
I&MF	incentivos y mecanismos facilitantes
LAC	Latin America and the Caribbean (region)
MOST	Management and Organizational Sustainability Tool
MSH	Management Sciences for Health
NGO	nongovernmental organization
NTP	National Tuberculosis Program
OMS	Organización Mundial para la Salud
ONG	organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Pan American Health Organization
PNT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
RPM Plus	Rational Pharmaceutical Management Plus Program
SR	sintomático respiratorio
TAES	Tratamiento acortado estrictamente supervisado
TB	tuberculosis
USD	dólar de los Estados Unidos
UNION	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization



## BACKGROUND

Among the top challenges faced by National Tuberculosis Programs (NTPs) that are implementing the Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS) strategy is ensuring that patients are able to initiate tuberculosis (TB) treatment quickly, that they stay motivated to complete a full course of therapy, and that providers assist patients in this process while providing safe and appropriate care. In several contexts around the world, a variety of financial and nonfinancial incentives and enablers (I&E) are being used in an attempt to influence the behavior of providers and/or patients with the goal of improving case detection, adherence to treatment and, ultimately, achieving higher cure rates and minimizing drug resistance.

Since 2001, the Rational Pharmaceutical Management (RPM) Plus program (which is supported by the U.S. Agency for International Development [USAID]), Stop TB, the World Health Organization (WHO), and the World Bank have been studying incentives and enablers in a variety of contexts to expand the evidence base of whether, how, and how much I&E can improve the performance of TB control programs. Desktop and in-country activities have revealed that programs and projects providing TB treatment and using a form of incentive or enabler scheme perceive that these types of schemes do have a positive impact upon TB program performance. However, the overwhelming finding from this work is that little or no evidence exists to support that perception.

In light of this finding, the partnership of RPM Plus/Management Sciences for Health (MSH), Stop TB/WHO, and the World Bank has identified the need to build the evidence base for the impact and cost-effectiveness of incentives and enablers on TB control program performance. The growing interest in the potential of I&E to improve TB program performance (and other program performance, such as HIV/AIDS), as well as the increased availability of resources coming from global initiatives, has put additional pressure on health systems to improve case detection and ensure proper use of essential drugs. Evidence of the impact and cost-effectiveness of I&E on TB program performance is critical to inform regional and global policy recommendations.

As a result, recent ongoing RPM Plus efforts have emphasized building the evidence base for the impact of I&E on TB control program performance by stimulating operations research and evaluation activities, providing technical support to such activities, and creating opportunities to share experiences with evaluation and to disseminate findings. As part of these efforts, in collaboration with the Pan American Health Organization (PAHO) and with support from USAID's Latin American and Caribbean (LAC) Infectious Disease Initiative, RPM Plus is also seeking to stimulate research and evaluation efforts on the impact and cost-effectiveness of incentives in the Latin American region with the goal of better understanding what strategies work best to improve TB control.

Several countries in LAC are using incentives and enablers, but the type of I&E being used, the extent of their use, and any ongoing or past evaluation efforts have not been systematically catalogued. Therefore, as a first step, RPM Plus aims to capture and catalogue this information. To that end, RPM Plus and PAHO sent a survey to most NTPs in the region and invited several LAC countries that responded to the survey to participate in a workshop during which they could

further share their experiences in using incentives. The workshop venue was also considered ideal for countries to take initial steps in considering plans to evaluate incentives (for those countries already implementing incentives) and for discussing key issues in design of an incentive scheme (for those countries considering implementing incentives).

### **Purpose of Trip**

Alexandra Beith, Patricia Paredes, Pedro Guillermo Suarez, and Melissa Thumm traveled to Tegucigalpa, Honduras, to conduct a workshop on the Use and Evaluation of Incentives in Tuberculosis Control in Latin America and the Caribbean, May 6–7, 2004.

Patricia Paredes, Pedro Guillermo Suarez, and Melissa Thumm (and, to a more limited extent Alexandra Beith) also participated in the *Reunion Interagencial de Stop TB* (an annual meeting on tuberculosis in the Latin American and Caribbean region), which took place May 3–5, 2004.

### **Scope of Work**

- RPM Plus, with support from PAHO, conducted the workshop the Use and Evaluation of Incentives in Tuberculosis Control in Latin America and the Caribbean on May 6–7, 2004.
- RPM Plus staff participated in the *Reunion Interagencial de Stop TB*, May 3–5.
- A short debriefing was held with USAID/Honduras, as requested.

## ACTIVITIES

### 1. RPM Plus, with support from PAHO, conducted the workshop *The Use and Evaluation of Incentives in Tuberculosis Control in Latin America and the Caribbean*

The workshop was held May 6–7, 2004, in Tegucigalpa, Honduras, at the Hotel Real Intercontinental and was facilitated by RPM Plus staff in conjunction with PAHO. See Annex 1 for the workshop agenda.

A total of 39 participants attended the workshop, representing experiences with incentives and enablers in the following 11 countries: Bolivia, Brazil, Dominican Republic (DR), Ecuador, El Salvador, Haiti, Honduras, Mexico, Nicaragua, Panama, and Peru. Workshop participants included NTP staff (usually both the medical doctor responsible for the program and the program's head nurse) and representatives from nongovernmental organizations (NGOs) who have experience with using incentives and enablers in their TB programs. PAHO was represented by staff from Washington, D.C., and Brazil. USAID/Washington, USAID/Honduras, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and the International Union Against Lung Disease and Tuberculosis (UNION) were also represented, as was the American Red Cross. See Annex 2 for a complete list of participants with contact information.

The workshop venue was selected because most of the participants were already attending the *Reunion Interagencial de Stop TB* (May 3–5, 2004). Resources were therefore primarily used to support participants' extra days to attend the incentives workshop. This leveraging of funds resulted in support for attendance by a considerable number of participants. Of participants who were attending the *Reunion Interagencial de Stop TB*, 18 received partial assistance from RPM Plus/LAC funding for additional per diem that allowed them to attend the workshop. Participants who received this funding were from Bolivia, the DR, Ecuador, Haiti, Honduras, Mexico, Nicaragua, and Peru. LAC regional funds were used to support travel and per diem of three participants (two from El Salvador and one from Peru). LAC funds also supported travel and per diem for a participant from Panama: although Panama is not a priority USAID country for TB, it is presently developing an incentive scheme targeting indigenous populations and was invited to the workshop specifically to share its experience in designing this scheme with other countries in the region that have decided to prioritize TB treatment for indigenous populations. Funding from the USAID Mission in the Dominican Republic supported travel and per diem for a participant from PROFAMILIA, which has been selected as the principal beneficiary for tuberculosis funds from the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria in the DR.

The objectives of the workshop were as follows—

- Present and discuss findings from the survey
- Share experiences in the region about how incentives and enablers are being used in TB control

- Discuss key issues that should be taken into consideration when planning implementation of incentive or enabler schemes
- Stimulate and strengthen evaluation efforts of ongoing or planned incentive schemes for TB control in the LAC region

The workshop structure was intentionally informal in nature in order to encourage maximum involvement and sharing of experiences. On the first day, after an opening presentation by the acting Head of the Honduran NTP, USAID/Honduras, and PAHO/WDC as well as brief presentations by facilitators on background and hypotheses, participants from several countries presented their experience with incentives in TB control. Depending on the specific country's experience (those countries presently planning incentives schemes, those already implementing incentives schemes, those implementing incentives but not evaluating them, and those countries who already had undertaken evaluation of their incentives), presentations focused on the following—

- Objective of the incentive scheme
- Type of incentive scheme and implementation description
- Description of the evaluation of the incentive scheme (objective, methodology, results, and challenges of the evaluation)

Group discussion followed.

The afternoon began with a presentation by RPM Plus on methods for evaluating the impact of incentive or enabler schemes. The participants then formed working groups according to level of experience with incentives (planning to implement, implementing but not evaluating, implementing and evaluating). It was quickly determined, however, that it was more practical to work through the working documents on a county-level basis rather than in working groups. Working groups therefore split up by country.

The second day began with consensus on the definition of the terms *incentive* and *enabler*, elaborated during the evening of the first day by a working group formed on an ad hoc basis (see Session 5 in Annex 3 for definitions). This consensus was followed by wrap-up of working groups and presentations of country-specific plans for next steps forward. The meeting was concluded with a brief presentation by facilitators of possible next steps.

For a detailed summary of the proceedings of the workshop (in Spanish), see Annex 3.

An evaluation form was distributed to all participants. Returned completed forms are summarized in Anexo E of Annex 3.

## **2. RPM Plus staff participated in the *Reunion Interagencial de Stop TB* from 3–5 May**

RPM Plus and the MSH TB Unit housed in the Center for Health Systems and Services (CHSS) participated in and contributed to the annual *Reunion Interagencial de Stop TB*, as partners in the initiative. On May 4, the two programs organized a 30-minute session during which they presented new tools for managerial assistance to TB programs and introduced the framework for pharmaceutical management.

RPM Plus and the MSH TB Unit, as well as other partners, also participated in an activity called *Carousel de Oportunidades*, in which each partner organization set up a booth and presented its areas of expertise to rotating country teams in an effort to identify potential opportunities for collaboration and technical assistance. MSH focused on explaining the Management and Organizational Sustainability Tool (MOST) for TB as well as types of assistance in pharmaceutical management that can be provided by RPM Plus. Both Guyana and Bolivia expressed interest in conducting assessments of their TB supply systems. Discussions with other countries suggested that some of them, such as Ecuador, would greatly benefit from an assessment. Finally, the Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, and Mexico expressed interest in applying the MOST TB tool.

Based on the presentations and discussions of countries' needs and priorities, which took place over the course of the meeting, additional areas for collaboration and assistance might include the following—

- Pharmaceutical management for multidrug resistant TB
- Expanding DOTS and other TB services to reach indigenous populations and other isolated groups
- Managing community-based DOTS initiatives

On the final day, participants in the *Reunion Interagencial de Stop TB* visited health centers and a prison to observe service facilities for and care of TB patients.

## **3. A debriefing was held with USAID/Honduras as requested**

Dr. Angel Coca from USAID/Honduras opened the workshop and participated during the morning session of the first day. He rejoined the workshop during the last couple of hours on the second day. RPM Plus staff debriefed him following the workshop and discussed possibilities for follow-on work in Honduras.

## **Collaborators and Partners**

As previously mentioned, two representatives of PAHO/WDC (Pilar Ramón-Pardo and Matías Villatoro) assisted with preparation for and facilitation during the workshop. In addition, Kathrine Tan from CDC and Peg Marshall from USAID/WDC assisted with facilitation during the working group sessions.

## NEXT STEPS

### **Immediate Follow-up Activities to RPM Plus's Participation in the *Carousel de Actividades***

RPM Plus will contact the NTPs in Bolivia, Ecuador, and Guyana to follow up on their interest in conducting assessments of their respective countries' TB supply systems and to explore potential dates for preassessment visits, as appropriate.

### **Immediate Follow-up Activities to Incentives Workshop**

The key findings from the workshop can be summarized as follows—

- Many countries in the region are using a variety of incentives or enablers targeting patients and/or providers (and in a couple of cases teams of providers rather than individuals) to improve case detection and adherence. The survey primarily captured NTP experience with incentives. Few examples provided were from NGO experience: it is not clear whether these are few in the region or simply were not captured by the survey and the workshop.
- It is often unclear whether the incentive or enabler is linked to performance of the individual who received it. From the information available, this rarely appears to be the case.
- In several cases, the original objective of the incentive was not to motivate a certain behavior; the most common example is the use of food as nutritional support rather than as a factor to influence behavior change.
- Few countries have conducted an evaluation of their incentive scheme, and it is usually only an impression that the incentive is having the desired impact. In the case of those who have conducted some form of evaluation, it appears that this evaluation has usually taken the form of program monitoring and evaluation and that, therefore, the actual impact of the incentive itself is difficult to tease out.

As part of follow-on activities to this workshop, RPM Plus proposes—

- For those countries planning implementation of an incentive, assisting in thinking through the design of incentives schemes
- Further stimulating evaluation of the impact and cost-effectiveness of incentives and enablers in TB control in the Latin American and Caribbean region
- Ensuring that experience with implementation and evaluation of incentives and enablers in TB control in the region is shared both regionally and globally

### **Assisting in Thinking through the Design of Incentives Schemes**

Although RPM Plus must be careful not to promote the use of incentives or enablers in TB control, it can provide technical assistance to those countries who have already decided to implement an incentive scheme or who are seriously considering doing so. This technical assistance would most likely take the form of—

- (For those countries who are seriously considering implementing an incentive) Assisting the country in determining whether an incentive is the most appropriate intervention to improve the desired behavior (increasing case detection? increasing adherence rates?), possibly through use of a motivations mapping process developed by RPM Plus in collaboration with Stop TB, WHO, and the World Bank and previously used in China (without RPM Plus), Uganda, and Tanzania.
- (For those countries who have decided to implement an incentive) Assisting the country in—
  - Determining the type of incentive, its objective, the target population
  - Identifying possible perverse effects of the incentive and mechanisms to overcome these perverse effects
  - Developing an implementation plan
  - Ensuring that an evaluation component is part of the plan from the very beginning (piloting stage if possible)

### **Stimulating Evaluation**

The RPM Plus team will continue to work with interested workshop participants and possible funders (USAID and others) to stimulate rigorous evaluations that will increase the evidence base of how and to what extent incentives and enablers contribute to improving TB program performance. RPM Plus will support any such evaluation efforts through strengthening countries' ability to conduct soundly designed evaluations.

CDC is hosting a course on operational research in TB control in Brazil in June 2004. Several participants in the incentives workshop expressed interest in further developing their evaluation protocol during this course. RPM Plus is presently exploring who the participants in the course and what the potential for developing rigorous evaluation plans during the course will be. Both Kathrine Tan from CDC and the PAHO residents will participate in the course, and RPM Plus will coordinate with them prior to and following the course to secure a better understanding of what potential evaluation efforts might be pursued.

The hope is that any findings from evaluation research efforts might be presented at a global workshop expected to take place following UNION 2005, and during which RPM Plus expects

to be able to present concrete research findings and policy recommendations regarding the use of incentives and enablers in TB control.

### ***Sharing Findings***

As a first step, RPM Plus will develop short summaries of each country's experience with incentives in TB control. These will be sent to survey respondents to ensure their accuracy. When approval has been received from the countries, these summaries will be posted to the RPM Plus TB-related Web pages (see [www.msh.org/rpmplus/tb](http://www.msh.org/rpmplus/tb), follow link to "incentives and enablers").

In addition, RPM Plus will explore the possibility of sharing important documentation (such as incentives implementation or evaluation protocols) among the group.

RPM Plus will also explore the possibility of translating (and, if necessary, adapting to the region) lessons learned to date on where, how, and with what impact incentives are being used in TB control. This document would include guidelines on steps to think through when considering implementation of an incentive scheme.

Finally, RPM Plus aims to keep open a regular channel of communication among NTPs in the region, which will serve as a mechanism to update the group on country-specific efforts in this area.



## ANNEX 1. AGENDA<sup>1</sup>

### Reunión sobre El Uso y la Evaluación de los Incentivos en el Control de la Tuberculosis en Latinoamérica

*Tegucigalpa, Honduras, 6–7 Mayo 2004*

#### **Jueves, 6 Mayo**

8:30–8:45	Bienvenida (PNTB Honduras, OPS/WDC, USAID/Washington, USAID/Honduras)
8:45–9:00	Objetivos de la reunión (Matias Villatoro, OPS/WDC)
9:00–9:30	Introducción a la utilización de los incentivos en los programas de control de la tuberculosis (Alix Beith, RPM Plus)
9:30–10:20	Experiencias de algunos países que usan incentivos y países con planes de implementar incentivos (Representantes de los países)
10:20–10:40	Café
10:40–11:40	Experiencias de evaluación en países que han evaluado el impacto de incentivos (Representantes de los países)
11:40–12:00	Resumen de los resultados de la encuesta sobre el uso de incentivos en América Latina y el Caribe (Melissa Thumm, RPM Plus)
12:00–12:30	Discusión
12:30–13:30	Almuerzo
13:30–14:00	Desafíos comunes en la evaluación de los incentivos (Patricia Paredes, RPM Plus)
14:00–14:10	Descripción del programa del resto de la tarde (Alix Beith)
14:10–16:10	Mesas de trabajo
16:10–16:30	Café
16:30–17:30	Presentación de los países sobre diseño de esquemas de incentivos

#### **Viernes, 7 Mayo**

8:30–8:50	Resumen del día anterior (Grupo organizador)
8:50–10:20	Mesas de trabajo
10:20–10:40	Café
10:40–11:30	Presentación de los países sobre evaluación
11:30–12:15	Próximos pasos
12:15–12:30	Conclusión y entrega de diplomas
12:30–13:30	Almuerzo

---

<sup>1</sup> This agenda reflects planned activities; the actual agenda differs slightly because facilitators decided to omit the “summary of survey results” presentation (by Melissa Thumm) given (1) that countries had gone into further detail during their presentations than the survey findings captured and (2) time constraints.



## ANNEX 2. PARTICIPANT LIST

### El Uso y la Evaluación de los Incentivos en el Control de la Tuberculosis en Latinoamérica y el Caribe 6–7 Mayo 2004

Ivelisse Acosta  
Medico Neumólogo  
Ave San Cristobal Esq Tiradsites  
Secretaria de Estado de Salud Pública  
Distrito Nacional, Republica Dominicana  
Tel/Fax: (809) 732-8046; (809) 541-3422  
E-mail: [ivelisse\\_acosta@yahoo.com](mailto:ivelisse_acosta@yahoo.com)

Edith Mercedes Alarcón Arrascue  
Licenciada en Enfermería  
UNION  
Las Orovideas 1008  
Residencial San Felipe,  
Lima, Perú 11  
Tel/Fax: (51) 1 2618251/(51) 1 2618251  
E-mail: [ealarcon@iuatld.org](mailto:ealarcon@iuatld.org) or [alarcon@telefonica.net.pe](mailto:alarcon@telefonica.net.pe)

Maria del Socorro Alvarado García  
Licenciada en Trabajo Social  
Programa Nacional de TB  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel: 232-61-56/239-09-40  
Fax: 232-61-56  
E-mail: [salvaradogarcia@yahoo.com](mailto:salvaradogarcia@yahoo.com)

Nora Avila  
Col. Prados Universitarios, etapa I, casa  
6046 Bloque E  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel/Fax: 232-6156  
E-mail: [noelav2003@yahoo.es](mailto:noelav2003@yahoo.es)

Dulce Azouri  
Licenciada Enfermería  
Calle San Cristóbal Esquina Avenida  
Tirodante  
Santo Domingo, Republica Dominicana  
Tel/Fax: (809) 541-3121 x 2445/2438/(809)  
541-3422  
E-mail: [dulce1\\_azouri@hotmail.com](mailto:dulce1_azouri@hotmail.com) or  
[programatuberculosisrd@hotmail.com](mailto:programatuberculosisrd@hotmail.com)

Alix Beith  
RPM Plus  
4301 N. Fairfax Dr., #400  
Arlington, VA 22203  
Tel/Fax: (703) 524-6575; (703) 524-7898  
E-mail: [abeith@msh.org](mailto:abeith@msh.org)

Marta Isabel Calona de Abrego  
Licenciada en Enfermería  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social  
Calle Arce No. 827  
San Salvador, El Salvador  
Tel/Fax: 2027281/2027282/2210978  
E-mail: [calonabrego@yahoo.com.mx](mailto:calonabrego@yahoo.com.mx)

Manuel Roberto Canales La Rosa  
Ministerio de Salud  
Av. Salaverry Cuadra 6 S/N  
Jesus, Maria, Lima  
Peru  
Tel: 3156600-2697  
Fax: 3156600-2692  
E-mail: [robertocanales@terra.com](mailto:robertocanales@terra.com)

Ramón Castillo  
Medico  
Panamá, David-Chiriqui  
David, Panamá Apdo 353  
Tel/Fax: 777-04-03  
E-mail: [castilloramon@terra.com](mailto:castilloramon@terra.com)

Angel Coca  
Medico  
Embajada Americana  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel/Fax: (238) 5114/(236) 7776  
E-mail: [acoca@usaid.gov](mailto:acoca@usaid.gov)

Hilda Cruz  
Medico  
Calle Socorro Sánchez No.160,  
Gazcue, Apartado Postal 1053  
Santo Domingo, D.N.REPUBLICA  
DOMINICANA  
Tel/Fax: (809) 689-0141  
E-mail: [hcruz@profamilia.org.do](mailto:hcruz@profamilia.org.do)

Edith Elizabeth Ferreira Guerrero  
Medico Epidemióloga  
Organización Panamericana de la Salud  
Benjamin Franklin No. 132-2? Piso, Col.  
Escandon, C.P. 11800, México D.F.  
Tel/Fax: (55) 26-14-64-33; 26146436  
E-mail: [micobacteriosis@salud.gob.mx](mailto:micobacteriosis@salud.gob.mx)

Jules Grand-Pierre  
TB Advisor/MSH-HS 2004  
c/o MSH Boston  
165 Allandale Road  
Boston, MA 02130  
or  
Entree Villa d'Accueil #5  
Port-au-Prince, Haiti BP 908  
Tel/Fax: (509) 257-2881  
E-mail: [jgrandpierre@hs2004.org](mailto:jgrandpierre@hs2004.org)

Josefina Heredia Mercedes  
Lic. Enfermería  
Av. San Cristobal/Teradente  
Secretaria de Estado Salud Pública (PNCT)  
Santo Domingo  
Republica Dominicana  
Tel/Fax: (809) 541-3442  
E-mail: [dulce1-azouri@hotmail.com](mailto:dulce1-azouri@hotmail.com) or  
[programatuberculosisrd@hotmail.com](mailto:programatuberculosisrd@hotmail.com)

Andrés Hernández  
Maestro Salud Pública  
PAHO/WDC  
E-mail: [hernaman@paho.org](mailto:hernaman@paho.org)

Vary Jacquet  
Director Del Programa de TB de Haití  
NTP-Haití  
Impasse Theodule #1 Bourdon  
Port-au-Prince, Haití  
Tel/Fax: (509) 409-0754/513-9682/234-  
4274  
E-mail: [varyi@yahoo.com](mailto:varyi@yahoo.com)

Christopher Landry  
Director Regional de Centro América  
99 Av Nt Res. Villas del Prado  
San Salvador, El Salvador  
Tel/Fax: (503) 265-0550; (503) 281-2837  
E-mail: [landryc@amredcross.org.sv](mailto:landryc@amredcross.org.sv)

Silvia Lopez Erazo  
Licenciada en Enfermería y Maestría en  
Salud Publica  
Región Sanitaria Metropolitana  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel/235-6042  
Fax: 232-6443  
E-mail: [silvia-taes@yahoo.com](mailto:silvia-taes@yahoo.com)

Peg Marshall  
Senior Advisor on Maternal Chile Health  
and Infectious Diseases  
Latin America and Caribbean Bureau  
LAC/RSD-PHN, #5.9-100  
1300 Pennsylvania Avenue, NW  
Washington, D.C. 20523-5900  
Tel: (202) 712 4062  
Fax: (202) 216 3262  
E-mail: [pemarshall@usaid.gov](mailto:pemarshall@usaid.gov)

Luisa Mendizábal  
Lic. en Enfermería  
Urbanización Copacabana, #3015, calle 2 de  
Febrero  
La Paz-El Alto  
El-Alto, Bolivia  
Tel/Fax: 2851882-código 0591-2/2441049  
E-mail: [lmendizabal@sns.gov.bo](mailto:lmendizabal@sns.gov.bo)

Gladys Muñoz de Bonilla  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social  
Calle Arce No. 827,  
San Salvador, El Salvador  
221-0978  
Tel/Fax: 2757842  
E-mail: [gbonilla@mspas.gob.sv](mailto:gbonilla@mspas.gob.sv)  
[Bonillagladys@hotmail.com](mailto:Bonillagladys@hotmail.com)

Elie Nicolas  
International Child Care Health  
Delmas 31, No. 38 Delmas, Haiti  
E-mail: [drelienicolas@hotmail.com](mailto:drelienicolas@hotmail.com)

Maria Eulalia Núñez Núñez  
Licenciada en Enfermería  
Región de salud No. 1  
Ba San Felipe ½ cuadra al norte estatua de  
Simon Bolivar  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel/Fax: 221-5053/236-7157

Pilar Ramón Pardo  
PAHO/WHO  
525 23rd St.,  
Washington, DC 28037  
Tel/Fax: (202) 974-3874; (202) 974-3331  
E-mail: [ramonpap@paho.org](mailto:ramonpap@paho.org)

Patricia Paredes  
RPM Plus  
4301 N. Fairfax Dr., #400  
Arlington, VA 22203  
Tel/Fax: (703) 524-6575; (703) 524-7898  
E-mail [pparedes@msh.org](mailto:pparedes@msh.org)

Martha Elena Pérez  
B-Carlos Marx Casa K-473  
Managua, Nicaragua  
Tel/Fax: 2485443  
E-mail: [martaelenaperez@yahoo.com](mailto:martaelenaperez@yahoo.com)

Rodolfo Rodriguez Cruz  
Consultor OPS/OMS Brasil  
Oficina OPS-Brasilia  
Brasilia, Brasil  
Tel/Fax: 55 61 426 9546/9591  
E-mail: [rodolfofor@bra.ops-oms.org](mailto:rodolfofor@bra.ops-oms.org)

Patricia Alexandra Rodríguez Loayza  
Lcda en Enfermería del PCT Ecuador  
(Nacional)  
Ministerio de Salud Publica de Ecuador  
Avenida Buenos Aires N? 340 y Manuel  
Larrea, Edificio Equinoccio, 4 to. Piso  
Quito, Ecuador  
Tel/Fax: (02) 290-5535 2972-900 ext 2820-  
2821  
E-mail [prodriguez@msp.gov.ec](mailto:prodriguez@msp.gov.ec)

Elizabeth Romero Ayala  
Medica Responsable del PCT Ecuador  
Buenos Aires #340 y Manuel Lorrea  
Quito, Ecuador  
Tel/Fax: 2905535  
E-mail: [eromero@msp.gov.ec](mailto:eromero@msp.gov.ec)

Orlando Aristides Sequeira Perez  
Medico y Cirujano  
Complejo Nacional de Salud Dra.  
Concepción  
Palacios Colonia Primero de Mayo  
Managua, Nicaragua  
Tel/Fax: (505) 289-4402  
E-mail: [tuberculosisminsa@gob.ni](mailto:tuberculosisminsa@gob.ni)

Tomasa Sierra Pineda  
Licenciado en Enfermería  
Programa Nacional de Tuberculosis  
col. Palmira, Calle principal, contiguo  
PNUD, avenida Republica de Panama,  
Tegucigalpa Honduras c.a.  
Tel/Fax: 232-61-56  
E-mail: [tomasasierrapineda@yahoo.com](mailto:tomasasierrapineda@yahoo.com)

Elizabeth Soares  
Municipalidad de Rio  
Av Prefeito Dulcidio Cardoso, 2500  
BL.5/1507  
Rio de Janeiro, Brasil 22.630.021  
Tel/Fax: 55-21-24394810/55-21-22933210  
E-mail: [eccsoares@pcrj.rj.gov.br](mailto:eccsoares@pcrj.rj.gov.br)

Pedro Guillermo Suarez  
Senior Program Associate  
TB Unit/CHSS  
4301 N. Fairfax Dr., #400  
Arlington, VA 22203  
Tel/Fax: (703) 524-6575; (703) 524-7898  
E-mail: [psuarez@msh.org](mailto:psuarez@msh.org)

Kathrine Tan  
CDC  
1600 Clifton Rd  
MS E-10  
Atlanta, GA 30308, USA  
Tel/Fax: (404) 639-5331/1556  
E-mail: [kit4@cdc.org](mailto:kit4@cdc.org)

Alejandro Antonio Tardencilla Gutiérrez  
Director Nacional PCT Nicaragua  
Complejo Concepción Palacio, Colonia  
Primero de Mayo apartado postal 107,  
Managua, Nicaragua 107  
Tel/Fax: (505) 289-4402  
E-mail: [tuberculosis@minsa.gob.ni](mailto:tuberculosis@minsa.gob.ni)

Alfonso Tenorio  
1500 Arlington Blvd, Ste. 130  
Arlington, VA 22209  
Tel/Fax: (703) 522-9600 or (202) 974-3989  
E-mail: [tenorioa@paho.org](mailto:tenorioa@paho.org)

Melissa Thumm  
RPM Plus  
4301 N. Fairfax Dr., #400  
Arlington, VA 22203  
Tel/Fax: (703) 524-6575; (703) 524-7898  
E-mail: [mthumm@msh.org](mailto:mthumm@msh.org)

Matias Humberto Villatoro Reyes  
Doctor en Medicina  
Pje. Bethoven #54-E  
Resid. Escalon  
San Salvador, El Salvador  
Tel/Fax: 262-1552  
or  
PAHO/WHO  
525 23rd St.,  
Washington, DC  
Tel/Fax: (202) 974-3848; (202) 974-3656  
E-mail: [uvillatoro@hotmail.com](mailto:uvillatoro@hotmail.com) or  
[villatom@paho.org](mailto:villatom@paho.org)

Celia Cabello Zegarra  
Lic. Trabajo Social  
Ministerio de Salud – Disa V L.C  
Fr A. Raymondi – La Victoria  
Lima, Peru  
Tel: 423 2352,2922 anex 255  
Fax : 3329320  
E-mail: [celiacabello@hotmail.com](mailto:celiacabello@hotmail.com) or  
[ccabello@minsa.gob.pe](mailto:ccabello@minsa.gob.pe)

## ANNEX 3. WORKSHOP PROCEEDINGS

### Resumen de la Reunión sobre Incentivos en el Control de la Tuberculosis en Latinoamérica y el Caribe

6–7 Mayo 2004

#### Sesión 1: Objetivos de la reunión

La Organización Panamericana de Salud en Washington, D.C. (OPS/WDC) abrió la reunión con una presentación sobre la situación de la tuberculosis (TB) y la implementación de la estrategia tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES/DOTS) en la región de Latinoamérica y el Caribe. Se describió posibles factores que impiden el control de la TB y posibles estrategias para intentar mejorar el control del mismo. La presentación terminó por explicar los objetivos de la reunión, que fueron—

- Discutir los resultados de las encuestas y compartir experiencias con el uso de incentivos en la región
- Estimular la investigación en los países y programas sobre el impacto y costo-efectividad de incentivos en el control de TB

Se puede encontrar la presentación completa en el Anexo A.

#### Sesión 2: Introducción a la utilización de los incentivos en los programas de control de la tuberculosis

MSH/RPM Plus presentó un resumen de las actividades emprendidas a nivel global con STOP TB, la Organización Mundial para la Salud (OMS), el Banco Mundial y OPS hasta la fecha, sobre el uso y la evaluación de los incentivos en el control de la tuberculosis. Se describió una variedad de posibilidades que se puede usar para intentar mejorar el desempeño de programas o proyectos de control de la TB, como son: fortalecer los componentes de TAES/DOTS, mejorar la educación de los pacientes y de la comunidad, contratar con el sector privado o usar diferentes formas de incentivos.

Se presentó definiciones para los términos *incentivo* y *mecanismo facilitante* (*enabler* en inglés) y se dio algunos ejemplos de incentivos para pacientes, familias de pacientes, proveedores o instituciones. Se explicó que, muchas veces, la línea divisoria entre estos dos conceptos no es tan clara y muchos incentivos pueden comportarse como mecanismos facilitantes y viceversa. Se enfatizó que lo importante no es el nombre, sino cómo funciona en motivar al paciente y/o al proveedor (personal de salud) a realizar las actividades necesarias bajo su responsabilidad para mejorar el control de la TB.

Se presentó la hipótesis principal del trabajo de RPM Plus y Stop TB, OMS, el Banco Mundial y OPS de “cuando los incentivos son usados en el contexto donde se implementa TAES/DOTS y donde DOTS/TAES está funcionando bien, los incentivos tienen el potencial de contribuir para mejorar aún más el desempeño del programa”. Se describió las actividades emprendidas desde 2001 (elaboración de un marco analítico, revisión de la bibliografía publicada, envío de una encuesta a programas y proyectos a nivel global que actualmente usan incentivos, promoción de intercambio de experiencias a través de talleres en 2001 y 2003, desarrollo de una herramienta para “mapear” las motivaciones de los diferentes actores involucrados en TAES/DOTS, envío de una encuesta a la mayoría de los programas de TB y algunos proyectos en América Latina y el Caribe y estimulación de esfuerzos de evaluación de incentivos). Se explicó que, hasta la fecha, se ha aprendido lo siguiente—

- La base de evidencia sobre el impacto y costo-efectividad de los incentivos es débil.
- La evidencia en países con carga de enfermedad baja indica que los incentivos pueden contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento *si los programas de control están bien administrados y financiados*.
- Las experiencias documentadas indican que las estrategias de incentivos que están directamente vinculados a mejoras cuantificables pueden ser más efectivas que las estrategias no vinculadas.
- Se usan muchos incentivos financieros y materiales para los pacientes y los proveedores más allá del apoyo de alimentos o de transporte.
- La mayoría de mecanismos facilitantes e incentivos para los proveedores tienen como finalidad aumentar la posibilidad y la voluntad de buscar y atender los pacientes más allá del ámbito formal de los servicios de salud (usando estrategias comunitarias por ejemplo, para buscar más pacientes).
- Las mismas mejoras en la práctica esencial de TAES/DOTS y en el funcionamiento de los sistemas de salud son vistas como facilitadores críticos y motivadores tanto para los proveedores como para los pacientes.
- Es muy importante prevenir y controlar los efectos perversos no intencionados.

Se resaltó el hecho de que aunque muchos países, programas y proyectos usan incentivos, muy pocas veces evalúan su impacto y su costo-efectividad; por consiguiente resulta difícil saber si el impacto de un incentivo es mayor que el impacto de otra intervención para mejorar el control de la TB. En este contexto, se necesita más evidencia empírica sobre—

- El impacto de los incentivos
- Sobre qué tienen impacto
- La magnitud del impacto
- Si el incentivo es viable, factible y replicable
- Implicaciones para la gestión del incentivo si este se implementa

- Tipos de incentivos que sean más costo-efectivos
- Formas de controlar efectos perversos
- Formas de asegurar sostenibilidad o continuidad

Se puede encontrar la presentación completa en el Anexo A.

Puntos clave de la discusión que hubo después de la presentación siguen a continuación—

- Se discutió sobre la palabra *programa* con relación a los incentivos. Los participantes explicaron que preferían no referirse a un “programa de incentivos” porque “programa” implica tener la infraestructura de un programa (plan, recursos humanos, protocolos, monitoreo, etc.). En lugar de programa plantearon usar otra palabra, como por ejemplo, “estrategia de incentivos” o “esquema de incentivos”.
- Otro aspecto que se analizó, fue si el incentivo forma parte de las actividades regulares del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNT) o no. Específicamente esta discusión tuvo como objetivo analizar si proveer una ayuda monetaria o viáticos para que los proveedores (personal de salud) puedan realizar visitas a los pacientes, constituye un incentivo o es responsabilidad del PNT brindarlo para realizar acciones en forma regular. No se resolvió esta discusión, debido a que algunos países consideran este apoyo como parte del programa y otros como algo adicional.

### **Sesión 3: Experiencias de algunos países con planes de implementar incentivos, de países que usan incentivos y de países que ya han hecho alguna evaluación del impacto de incentivos**

Se dedicó la próxima sesión a la presentación de las experiencias particulares de los países con el uso (y, en algunos casos, la evaluación) de los incentivos.

#### ***Bolivia***

La Licenciada Enf. Luisa Mendizábal presentó la experiencia de Bolivia, que está proporcionando un monto monetario de 30 dólares de los EE.UU. (USD) a las enfermeras que cumplen unas horas adicionales en visitas a los pacientes. Parece que funciona mejor en las áreas rurales que en los centros urbanos, debido a que el apoyo de los promotores de salud no es sostenido en estos últimos. Ahora están cambiando de estrategia: en lugar de dar este dinero a la enfermera individual, se lo dará a todos los involucrados en el cuidado del paciente. DFID (U.K. Department for International Development) está financiando el incentivo hasta 2005, que está estimada en USD 22,500 por año. Esto implica posibles problemas de sostenibilidad, pero es posible que el Fondo Global financiara dos años más. Un grupo de enfermeras está organizando una propuesta al gobierno para asumir este costo a largo plazo, pero es muy posible que el gobierno tenga que bajar el monto total y no se podrá implementar el incentivo en todo el país, sino solamente en áreas priorizadas.

### Descripción

**Objetivo:** Implementar estrategia DOTS-C en 200 servicios de salud

**Criterios de selección:**

- Municipios priorizados con más de 10.000 habitantes
- Notificación sobre la media nacional
- Abandono por encima de 5%

**Población:**

- 200 enfermeras de base capacitadas en la implementación de estrategia DOTS y DOTS-C

**Tipo de incentivo**

- Monetario, 38 \$us (pago de 10 días de trabajo en horas extraordinarias, sábado, domingo y feriados)

### Resultados más importantes de la evaluación

#### Servicios de salud

#### Positivos

- ▣ Rincones DOTS organizados y funcionado en el 100% de servicios de municipios priorizados.
- ▣ Expansión de la DOTS\_C al resto del país
- ▣ Estandarizado la metodología de consejería en tuberculosis
- ▣ Visitas domiciliarias regulares, especialmente en pacientes abandonadores
- ▣ Se constituyen Servicios DOTS donde todos se involucran
- ▣ Promotores sirven con más perseverancia en el área rural más que en el urbano

### Metodología de la evaluación

#### APRENDER HACIENDO, HABLANDO Y MOTIVANDO

- Encuentro de enfermeras DOTS-C, 2 veces al año
- Encuentro de promotores de salud
- Reunión de pacientes
  
- Intercambio de experiencias
- Exposición de iniciativas locales
- Análisis de la calidad del dato, cruce de cuadernos y devolución de información
- Capacitación en áreas críticas detectadas durante las supervisiones
- Entrega de certificados, cartas de felicitación, maletines y botones

### Resultados más importantes de la evaluación

#### Negativos

- En algunos servicios todo el trabajo a cargo de la enfermera DOTS\_C
- Falta de involucramiento de algunos funcionarios
- Alta rotación del personal

#### Indicadores

- Subió la cobertura de análisis de pacientes al 97%
- Redujo el porcentaje de abandonos de 8% el 2001 al 4.2% al 2003
- Mejoro la calidad del diagnóstico

### Objetivo de la evaluación

Verificar el avance del incremento de:

- ▣ Detección de casos
- ▣ Casos curados
- ▣ Mejorar el sistema de referencia
- ▣ Mejorar la relación del paciente y el proveedor

#### Organización de los Rincones DOTS

- ▣ Espacio físico
- ▣ Tablero de seguimiento
- ▣ Equipamiento mínimo indispensable
- ▣ Manejo de Consejería a SR, Caso Nuevo y Previamente TX
- ▣ Involucramiento de la comunidad en el manejo del PCT

### Desafíos

**Periodo 2004 –2005**

#### Cambio de estrategia en área urbana

- Organizar Rincones DOTS-Comunitarios en:
  - ▣ Farmacias
  - ▣ Tiendas grandes
  - ▣ Fabricas
  - ▣ ONG y otras instituciones que no son afines a salud

#### Cambio en el uso del incentivo de Enfermeras DOTS a Servicios DOTS

**Pago interno por planilla según producción:**

- > Visita una vez por semana del Servicio al Rincones DOTS Comunitario:
- > Llevar medicamentos
- > Recojo de muestras
- > Apoyo y estímulo

## Desafíos

Periodo 2004 –2005

Mantener estrategia DOTS–C en área rural

Cambio en el uso del incentivo de Enfermeras DOTS\_ C a Servicios DOTS \_C

- Pago interno por planilla según producción:
  - > Pacientes curados
  - > 3 Visitas domiciliarias
  - > Sesiones educativas en la comunidad
  - > Supervisión de promotores

## **Brasil**

Elisabeth Soares de Brasil presentó la experiencia de la Municipalidad de Rio de Janeiro con el uso de incentivos y mecanismos facilitantes (I&MF). Explico que, para ellos, los I&MF forman parte del programa de control de tuberculosis y del TAES/DOTS. En Rio se están usando incentivos y mecanismos facilitantes—los dos para pacientes. Los mecanismos facilitantes son dos pasajes de autobús que se entrega cada vez que el paciente asiste a la clínica. El incentivo es un bono para comida que se entrega al paciente cada vez que acude a la clínica. Se proveen los incentivos y mecanismos facilitantes durante todo el tratamiento: cada día durante los dos primeros meses de trabajo y dos veces por semana durante los últimos cuatro meses de tratamiento. Esto significa 152 bonos de transporte y 76 bonos de comida por persona a un costo total de USD 76 por el transporte y USD 48 para la comida = USD 124 por paciente curado. Los principales desafíos son la sostenibilidad, problemas con la distribución de los bonos (de comida y de pasaje) del Departamento de Salud a las clínicas y la inseguridad (miedo de que se roben los bonos de comida o de pasaje).

### **OBJETIVOS**

#### **Primário:**

- Viabilizar a implantação da estratégia DOTS na cidade

#### **Secundários:**

- Permitir o acesso dos pacientes às unidades de saúde
- Aumentar a taxa de adesão ao tratamento

### **DESAFIOS**

- Sustentabilidade
- Segurança
- Controle da distribuição
- Avaliação do verdadeiro impacto

### **METODOLOGIA**

**Modelo de DOTS:** baseado na clínica

**Beneficiários:** todos os pacientes em DOTS

**Tipo de facilitador:** 2 passagens de ônibus a cada visita à clínica

**Tipo de incentivo:** 1 tiquete refeição a cada visita à clínica

**Duração:** todo o curso do tratamento

## Ecuador

La Dra. Elizabeth Romero presentó cómo se está usando incentivos en Ecuador. Actualmente el país tiene implementada la estrategia TAES/DOTS en tres provincias de muestra (Guayas, Pichincha y Azuay) con apoyo de la Asociación Canadiense del Pulmón (ACP). Se está proporcionando incentivos al personal de salud a través del reconocimiento al excelente trabajo en la estrategia TAES/DOTS, en forma de diplomas y asesoramiento en la elaboración de abstractos. También se está desarrollando capacitaciones en TAES/DOTS a líderes comunitarios de poblaciones indígenas en la Amazonía, y por algunas iniciativas locales, apoyo a los pacientes como son regalos o premios para pacientes, participación en eventos sobre la tuberculosis o vasos de leche (pero este último se ve más como complemento nutricional). Se han conformado “clubes de pacientes curados” para apoyar en la adherencia al tratamiento y la búsqueda de sintomáticos respiratorios, principalmente en la Amazonía. No se han evaluado los incentivos pero la Doctora dijo que les parece que han tenido éxito.

Durante la discusión sobresalió el hecho de que Ecuador esté usando incentivos que no cuestan mucho; por lo que se puede esperar que tengan más sostenibilidad.

**TIPO DE INCENTIVO Y METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el Ecuador realiza incentivos a través de la entrega de un diploma de reconocimiento al excelente trabajo desempeñado por el personal del salud en estrategia DOTS.

Con pacientes y familiares se ha conformado un club de pacientes curados, los mismos que actúan con su testimonio para que los pacientes que ingresan a tratamiento no abandonen el mismo y culminen su tratamiento, también ayudan en la búsqueda de sintomáticos respiratorios.

También se realiza incentivos a líderes comunitarios, pacientes y familiares que colaboran en la detección de sintomáticos respiratorios y en la curación de los pacientes, el incentivo consiste en invitarles a capacitación en estrategia DOTS a estas personas o invitarles a una serie de eventos y así den testimonio a otros pacientes o familiares de la curación.

### ***El Salvador: Evaluación de incentivos (pasado)***

Kathrine Tan, del CDC, presentó un estudio de evaluación que se hizo en El Salvador de una canasta básica, implementada como incentivo para pacientes. Fue una evaluación retrospectiva y, aunque se usó un grupo de comparación, se randomizaron a los pacientes al grupo experimental o de comparación, se hizo un análisis de los factores de confusión y se usó métodos cualitativos para mejor entender el valor percibido del incentivo, no se puede dar mucho valor a los resultados de esta evaluación, debido a varios factores que debilitaron la correcta implementación del incentivo. La importancia de esta presentación entonces fue de revelar la necesidad de tener un buen diseño del incentivo y de su implementación (y de asegurar que el incentivo se implementa de la manera intentada) y también un buen diseño para la evaluación de su impacto: debido a los resultados de esta evaluación El Salvador perdió apoyo financiero de USAID y del Fondo Global para la canasta básica.

Durante la discusión el grupo concluyó que hay que tener mucho cuidado con los resultados de este estudio. Se han discutido varios factores debido a la implementación y diseño del incentivo que han podido influir sobre los resultados de la evaluación, por ejemplo—

- La implementación de la canasta básica fue irregular debido a la falta de un protocolo claro y estandarizado.
- Todos los proveedores no comprendieron adecuadamente que el objetivo del incentivo era mejorar la adherencia al tratamiento.
- No hubo mucho apoyo al esquema de incentivo por parte de los administradores, lo que generó problemas de gestión y monitoreo.
- Hubo un “sesgo de selección” debido a la implementación irregular del incentivo— pacientes con un consumo alto de alcohol tenían mas posibilidad de recibir el incentivo, y como ellos también tenían mas posibilidad de dejar el tratamiento, los resultados podían ser debidos a factores de confusión.
- También debido a la implementación irregular, solo 50% de los pacientes esperados recibieron la canasta básica, lo que disminuyó el tamaño de la muestra por debajo de lo requerido para ser estadísticamente representativa.
- Como no se hizo una evaluación formal durante el piloto, no se pudo establecer con certeza si la canasta básica funcionó como incentivo para los pacientes.

Este estudio entonces demuestra la importancia de tener un buen diseño del esquema de incentivos, así como un adecuado diseño para evaluarlos.

## Programa de la Canasta Básica

- ◆ Realizado 1999–2001
  - Ayuda económica de USAID
- ◆ Cestas de víveres esenciales
  - Harina, aceite, azúcar, leche, arroz, frijoles
- ◆ 1 canasta/mes si el paciente adhiere
- ◆ Pacientes elegibles: baciloscopía “+”
- ◆ Pacientes no elegibles o en departamentos sin Canasta Básica fue tratado con estrategia TAES
- ◆ Careció de plan de evaluación

## M Métodos

- ◆ Diseño cohorte
  - Exposición: recibo de *Canastas*
- ◆ Entrevistas con pacientes y administradores
- ◆ Periodo de evaluación
  - enero 1 – diciembre 31, 2001
- ◆ Selección de departamentos
  - 2 en departamentos con Canasta Básica
  - 2 en departamentos sin Canasta Básica

## Resumen

## Recomendaciones

- ◆ Oportunidades sin aprovechar
- ◆ El Programa de la Canasta Básica puede ser útil si:
  - Se estandariza el programa
  - Se entrena bien a todo personal
  - Se supervisa
  - Se incorpora evaluación y monitoreo

## **El Salvador (2): Nuevos planes de incentivos (futuro)**

La Doctora Gladis de Bonilla presentó los nuevos planes que tiene El Salvador para implementar incentivos en el país. Explicó que actualmente están finalizando un protocolo para un suplemento nutricional (proteíno, Ensure u otro, más complemento vitamínico) y un bono de transporte para todos los pacientes con tuberculosis. También se pondrá al lado, en cada visita del paciente, un monto monetario que el paciente recibirá al final del tratamiento. Hubo discusión sobre si el suplemento era más un complemento nutricional o un incentivo (los participantes lo percibieron más como complemento nutricional), aunque claramente los bonos de transporte son mecanismos facilitantes y el monto monetario es un incentivo para los pacientes.

Durante la discusión sobresalió lo siguiente—

- A veces es complicado proporcionar un incentivo monetario. Por ejemplo, el hecho de que algunos pacientes son alcohólicos y que se sospecha que gastaran el bono monetario en alcohol conlleva cuestiones éticas.
- También puede ser difícil asegurar que el paciente recibe el incentivo o mecanismo facilitante en su totalidad y que no se lo comparte con el resto de la familia. Una razón que se decidió implementar un suplemento nutricional en lugar de una canasta básica en El Salvador fue porque ésta última se puede repartir entre familiares y con el suplemento se puede garantizar que el paciente lo recibe y no lo comparte con otros miembros de la familia.

### **Programa de Incentivos**

- **Objetivos:**  
Evaluar el impacto del complemento nutricional y vitA en la nutrición del paciente y la respuesta al tratamiento en pacientes TB Bk+  
Disminuir el porcentaje de abandono del tratamiento TAES en los pacientes Bk+
- **Población beneficiada:**  
Todos los pacientes con TB pulmonar Bk+ que ingresan al programa
- **Método e Incentivos a proveer:**  
A todo paciente se le dará educación sobre la tuberculosis y al ingreso al programa se le hará una ficha nutricional anotándole el índice de masa corporal y el peso  
Se le dotará de 2 frascos de proteíno mensual hasta terminar su tratamiento mas una dosis única de vit A  
Al finalizar su tratamiento se anotará de nuevo el índice de masa corporal y la ganancia o no de peso  
También se le hará entrega diaria en efectivo del pago del transporte de su hogar al servicio de salud

### **Programa de Incentivos**

- **Duración:**  
Un año, Junio 2004 a Junio 2005
- **Recolección y Análisis de datos:**  
Se revisaran los expedientes de los pacientes para los datos demográficos  
Se recolectaran las fichas nutricionales de todos los pacientes para su análisis así como se revisaran las cohortes de pacientes para verificar su condición de egreso con epiinfo 6.04  
Se realizaran entrevistas al azar en los diferentes servicios a través de una encuesta para conocer si recibió educación sobre la tuberculosis y si los incentivos proveídos por los servicios de salud apoyaron su nutrición y su no abandono al tratamiento.
- **Resultados**
- **Conclusiones**
- **Diseminación de los resultados** para ser utilizados por el Programa Nacional para próximas intervenciones

## Haití

El Dr. Elie Nicolas de la organización non gubernamental (ONG) International Child Care (ICC) presentó su experiencia con la provisión de una canasta básica a los pacientes y sus *accompagneurs* (voluntarios que proporcionan ayuda a los pacientes). La canasta básica está financiada por la Canadian International Development Agency (CIDA). La logística de la canasta básica está a cargo del Programa Mundial de Alimentos (PMA). Ellos se encargan de llevar la comida a los centros de salud. En los centros, el personal de salud es responsable de proporcionar la comida a los pacientes.

La experiencia de ICC representa una de las pocas experiencias en las que se ha llevado a cabo una evaluación planificada desde el principio de la implementación del incentivo. Ya se hizo una evaluación de medio plazo. Se espera que la evaluación final tenga lugar en el verano 2004. Si la evaluación sale positiva quisieran expandir el esquema a toda la población. El desafío principal es que, si la experiencia tiene buenos resultados, no se sabe si se tendrá financiación para expandirla. También hay que minimizar los efectos perversos, como son la disminución de la producción local, la aculturación (costumbres culinarias) o el desplazamiento de la clientela hacia las clínicas beneficiarias.

### Objetivo de la experiencia

- Mejorar la eficacia del programa de tuberculosis mediante un incremento en la tasa de adherencia.
- Averiguar la hipótesis que en contextos de pobreza extrema, la utilización de un incentivo alimenticio puede mejorar la adherencia de los pacientes tuberculosos.

### Desafíos de la experiencia

- Problemas financieros :Como hacer la extensión de la experiencia si la evaluación sale positiva?
- Como evitar efectos perversos : disminución de la producción local, aculturación (costumbres culinarias), desplazamiento de la clientela hacia las clínicas beneficiarias ,etc.?

### Tipo de incentivo

- Hemos utilizado alimentos como incentivo.
- Cada mes, el paciente y su asesor (treatment partner) reciben , cada uno, los productos siguientes :
  - Cereales : 5 kg
  - Frijoles :1.25 Kg
  - Aceite : 1.33 Kg
  - Pescado (sardinas): 1.25 kg

## Honduras

La Licenciada Enf. Tomasa Sierra presentó la experiencia del PNT de Honduras. Explicó que los pacientes reciben alimentos durante la fase intensiva por asistir a tomar sus medicamentos a la Unidad de Salud en forma puntual. Además el personal institucional (médicos y enfermeras) y personal comunitario reciben maletines, bolsos, gorras, diplomas, etc. por cumplimiento de metas del programa. El fin del esquema de incentivos es mejorar la detección de casos, aumentar los casos curados y disminuir la tasa de abandono y traslados sin información de egreso. Se atribuye al incentivo un incremento en el logro de metas y de adherencia al tratamiento. Hasta la fecha se ha medido el impacto del incentivo a través de las reuniones de evaluación y supervisión en todos los niveles de atención.

**PRESENTACION PLAN DE INCENTIVOS  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS  
HONDURAS C.A**

**DESCRIPCION DE INCENTIVOS**

- EL PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS IMPLEMENTA A PARTIR DEL AÑO 2001, UN PLAN DE INCENTIVOS CON EL FIN DE MOTIVAR A LOS RESPONSABLES DEL PROGRAMA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION, DE LA RED DE SERVICIOS, EL CUAL A DADO UN IMPACTO POSITIVO EN EL LOGRO DE LAS METAS DEL PROGRAMA, EXPANDIENDOLO AL 100% DE LAS PRISIONES DEL PAIS Y EN EL PERSONAL COMUNITARIO ORGANIZADO Y CAPACITADO.



**Objetivo General**

- MOTIVAR AL PERSONAL INSTITUCIONAL, COMUNITARIO Y PACIENTES A CONTRIBUIR A DISMINUIR LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- INCENTIVAR Y/O PREMIAR A LOS RESPONSABLES DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS POR EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA.
- LOGRAR ALCANZAR LAS METAS PROPUESTAS POR EL PROGRAMA.
- MANTENER AL PACIENTE Y NUCLEO FAMILIAR ADHIRIDO AL TRATAMIENTO.

**PERSONAL BENEFICIADO ALTO A LA TUBERCULOSIS**

PERSONAL INSTITUCIONAL	PERSONAL COMUNITARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>MEDICOS</li> <li>ENFERMERAS</li> <li>TEC. DE LAB.</li> <li>ESTADIGRAFOS</li> <li>OTROS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PACIENTES Y FAMILIA</li> <li>VOLUNTARIOS (PERSONAL COMUNITARIO)</li> <li>COMITÉ ALTO A LA TB (COMALTB Y COLALTB)</li> <li>GRUPO RIESGO (PRIVADOS DE LIBERTAD).</li> </ul>



**INCENTIVOS TB**

TIPO DE INCENTIVOS	COBERTURA ALCANZADA	FUENTE FINANCIERA
<ul style="list-style-type: none"> <li>LONGHERA</li> <li>MALETINES</li> <li>GORRAS</li> <li>TOALLAS</li> <li>JABONES</li> <li>BOLSAS</li> <li>LAPICES</li> <li>CAMISETAS</li> <li>COSMETIQUERA</li> <li>MARIQUERAS</li> <li>RELOJES</li> <li>ALIMENTOS</li> <li>TAQUERAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1325 U.S.</li> <li>24 PRISIONES</li> <li>58 COMITES ALTO A LA TB</li> <li>400 VOLUNTARIOS</li> <li>2,300 PACIENTES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SECRETARIA DE SALUD</li> <li>USAID,</li> <li>PROYECTO GORGAS</li> <li>FONDO GLOBAL.</li> </ul>



## OBJETIVO DE LA EVALUACION

- MEDIR EL IMPACTO A TRAVES DE LAS REUNIONES DE EVALUACION Y SUPERVISION EN TODOS LOS NIVELES DE ATENCION.



### METODOLOGIA UTILIZADA

- COMPARACION DE COBERTURA DE METAS ANTES DEL PLAN DE INCENTIVOS Y DURANTE DE LA EJECUCION DEL PLAN.
- ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN LAS REUNIONES DE EVALUACIONES LAS CUALES SE REALIZAN PERIODICAMENTE (TRIMESTRAL, SEMESTRAL Y ANUAL)



## RESULTADOS RELEVANTES DE LA EVALUACION

- INCREMENTO EN LA CAPTACION DE SINTOMATICOS Y REALIZACION DE BACILOSCOPIAS.
- INCREMENTO EN LA DETECCIÓN, CONFIRMACION Y CURACION DE CASOS.
- DISMINUCION DEL PORCENTAJE DE ABANDONO (adherencia al tratamiento).



## **Nicaragua**

El Dr. Tardencilla hizo una presentación sobre los planes de Nicaragua de implementar una canasta básica (arroz, fríjol, jabón, etc.) a los pacientes con tuberculosis en las áreas del norte del país, donde hay tasas de abandono mucho más altas que en otras partes del país a causa del difícil acceso a los servicios de salud. Será un proyecto piloto; la población beneficiaria será los más pobres, con difícil acceso a los centros de salud. Empezarán con 50 pacientes e irán ampliando su aplicación progresivamente. Los pacientes recibirán la comida después de cada semana que cumplieron con el tratamiento. El personal de salud también recibirá viáticos de transporte y canastas después de cada visita domiciliaria a pacientes que viven lejos de los centros de salud seleccionados. Explicó que, a través de un concurso, se va a contratar una empresa privada para la logística. Ya se han elaborado indicadores para el monitoreo del impacto del incentivo. Lo que no se sabe todavía es quien financiará el incentivo. Están actualmente esperando la respuesta del Fondo Global.

### **Incentivos para Mejorar el desempeño del Programa Nacional de Control de Tuberculosis en Nicaragua**

- **Entrega de Paquetes Alimenticios**
- **Entrega de Viáticos al Personal de Salud**
- **Organismo Financiador ?**

### **Dirigido a:**

- **Pacientes de Municipios empobrecidos y de difícil acceso**
- **Pacientes BAAR (+)**
- **Personal de Salud**

### **Condiciones mínimas requeridas para recibir el incentivo:**

- **Paciente: Haber recibido de manera supervisada todas sus dosis correspondientes a cada semana de tratamiento**
- **Personal de Salud: Haber cumplido con cada visita de terreno planificada para entrega de viático alimenticio, gastos de combustible y/o uso de medio de transporte.**

## **Perú**

La Licenciada Asist. Social Celia Cabello presentó la experiencia de este país con los incentivos. Explicó que la tuberculosis en el Perú se presenta principalmente en las ciudades. El país ha implementado tres estrategias de incentivos dirigidas a los pacientes—

- Desde 1983 a 1996. Apoyo con comida—como cereales, aceite y sopa preparada—dada por la Iglesia Católica, como donaciones a través de CARITAS a nivel nacional.
- Desde 1985 a la fecha. Apoyo del “Programa del Vaso de Leche”, un programa municipal que se inició con las madres gestantes y luego se expandió a los pacientes de TB. Funciona a través de agrupaciones vecinales que forman un comité del vaso de leche por cada 100 a 120 beneficiarios. Ahora los centros de salud también pueden ser comités. Con el reciente proceso de descentralización, algunos distritos están planteando no mantener el apoyo a los pacientes con TB.
- Desde 1996 a la fecha. Apoyo del PAN-TBC, un programa gubernamental que surge de una política de apoyo a los más pobres al nivel nacional, que proporciona mensualmente una bolsa de víveres de 21 kilogramos con alimentos de origen animal, vegetal y cereales a cada paciente con TB durante lo largo del tratamiento. La bolsa de víveres, se brinda, según calificación social del paciente con TB, dándose prioridad a los pacientes en situación de pobreza. Existen formularios para evaluar regularmente el estado nutricional del paciente. Hasta 39,000 pacientes por año reciben la bolsa de víveres en los centros de salud; su distribución está a cargo del personal de salud.

Explicó que el Perú también se usa otros incentivos para motivar al personal (tales como los promotores de salud) y al paciente, como son los cursos y los diplomas, charlas educativas y clubes de pacientes. Como parte de los recursos financieros obtenidos por el Fondo Global para el PNT, se han incluido fondos para fortalecer los incentivos al personal de salud en áreas seleccionadas como de alto riesgo para TB.

La discusión que siguió esta presentación tuvo los siguientes temas principales—

- Debate sobre si el pago del transporte del personal de salud forma parte del programa o si es una estrategia adicional. En el caso de Perú, la movilidad del personal es considerado como parte de las actividades regulares del programa.
- Para el PAN-TBC, parece que, en la mayoría de los casos, se entrega la bolsa de víveres a los pacientes durante el tratamiento, si adherían al tratamiento o no. La norma no dice que el paciente no recibirá la bolsa de vivieres si no adhiere. La pierde cuando abandona. Pero, en algunas regiones, el personal de salud ha decidido retener la bolsa si un paciente no adhiere durante más de cuatro días consecutivos.

Un hecho se destaca: según un estudio del impacto económico de la TB en el Perú, realizado en el año 1999, el costo anual de la bolsa de víveres financiada con fondos gubernamentales a través

del PAN-TBC, fue de USD 3.848.000, una cantidad similar al presupuesto asignado al PNT que fue de USD 3.969.000.

## Programas de Incentivos - Perú

### Objetivos

- **Para el Paciente:**
  - Contribuir a la recuperación integral del paciente ambulatorio y protección de su familia mediante el desarrollo de actividades de complementación alimentaria, educación alimentaria nutricional y evaluación nutricional.
- **Para el Proveedor:**
  - Incentivar al personal para un mejor desempeño de sus actividades, en el fortalecimiento de las acciones de Control de la Tuberculosis.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

## Programa de Incentivos- PERÚ

### Metodología de Implementación

- Directiva con Normas y funciones de las actividades del personal responsable y el beneficiario.
- Selección de Zonas Geográficas de mayor prevalencia de TB , establecimientos de Salud y Beneficiarios.
- Distribución :El Tesoro Público destina los fondos, para la compra de los alimentos los que llegarán al beneficiario mensualmente durante su tratamiento; para los proveedores de acuerdo al plan de actividades.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

## Típos de Incentivos

- **Para el Paciente:**
  - Ración Complementaria de alimentación.
  - **1983 – 1996** : Apoyo de la Iglesia Católica Cobertura Nacional.
  - **1985 - 2004** : Programa Social y de experiencia popular "Vaso de Leche" Cobertura Distrital.
  - **1996 -A la fecha** : Programa de Alimentación y Nutrición para el paciente ambulatorio con Tuberculosis- PAN-TBC
  - Cobertura Nacional

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

## Típos de Incentivos

- **Proveedor**
  - **Promotor de Salud: Ración Complementaria de alimentación y movilidad local ( ONG y Fondo Global). Cobertura Regional**
  - **Equipo multidisciplinario de TB:**
  - **Capacitación, vestuario y movilidad (Ministerio de Salud-Fondo Global) Cobertura Nacional.**

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

## DESAFÍOS DEL PROGRAMA DE INCENTIVOS

- Sostenibilidad del Programa de Incentivos
- Se formulen dispositivos para que el Programa de Control de la Tuberculosis tenga ingerencia en las decisiones presupuestarias para los incentivos.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

## Sesión 4: Desafíos comunes en la evaluación de los incentivos

MSH/RPM Plus presentó un marco conceptual, pasando por examinar la situación, diagnosticar el problema, tratarlo y dar seguimiento a la situación. Enfatizó la importancia de tomar decisiones basadas en la evidencia y para tener esta evidencia sobre qué funciona y qué no, y la necesidad de hacer una evaluación sólida para demostrarlo.

El objetivo de esa sesión fue destacar la importancia de un buen diseño del esquema de incentivos con objetivos claros y la importancia de establecer claramente cómo se supone que funcionaría el incentivo. Esto servirá como base para diseñar una evaluación y seleccionar las variables apropiadas a medir a través de esta evaluación.

Durante esta sesión se presentó diferentes tipos de diseño de evaluación que se pueden usar, enfatizando que, en ciertas situaciones, el diseño cuasi-experimental es el único que se puede aplicar. Debido al corto tiempo no se discutió profundamente los temas de cómo seleccionar el tamaño de muestra ni del proceso de muestreo. La expectativa era que, durante las mesas de trabajo, los diferentes países podrían por lo menos identificar el objetivo del esquema de incentivos y proponer un plan adecuado para evaluar si se cumplieron con estos objetivos y si el cumplimiento de estos objetivos condujeron a un mejor desempeño, medido a través de indicadores apropiados.

Se enfatizó la importancia de documentar el proceso de implementación del esquema de incentivos y de otros eventos que ocurrían al mismo tiempo, ya que podrían tener un impacto sobre el desempeño y se puede asumir que fue debido a los incentivos. El proceso de documentación puede ayudar con la difícil tarea de desenredar los diferentes factores que influyen sobre el desempeño dentro del programa.

A continuación se presentan algunas láminas claves de esta sesión (objetivos, marco conceptual, factores que afectan la adherencia al tratamiento, puntos clave a considerar, desafíos para obtener evidencia, importancia de tener un marco conceptual para evaluar los incentivos y conclusiones). Se puede encontrar la presentación completa en el Anexo A, que incluye información clave sobre el proceso de diseño de evaluación, las diferentes opciones de diseño de evaluación que existen (experimental, cuasi-experimental, no experimental), la selección de métodos para recolección de datos, el tamaño de muestra y otras consideraciones importantes.

**Objetivos**

- o Comprender la importancia de la investigación preliminar para definir las causas potenciales de un desempeño no óptimo
- o Discutir los pasos para lograr un diseño apropiado de esquema de I&F y la forma de evaluarlos
- o Proponer potenciales hipótesis de trabajo a ser analizadas en evaluación de esquemas de I&F
- o Discutir potenciales diseños de evaluación

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus



## Factores que Afectan la Adherencia al Tratamiento

- o Relacionados al paciente: costo (ec. O social)
- o Relacionados al tratamiento: tratamientos combinados son más difíciles de seguir, más efectos secundarios, más costosos
- o Relacionados a la relación proveedor-paciente: falta de comunicación
- o Relacionados al sistema de salud: mucho tiempo de espera, consultas cortas e impersonales, falta de disponibilidad de medicamentos

## Puntos Claves a Considerar

- o No existe una intervención mágica probada
- o Enfoque Interdisciplinario:
  - Requiere comprensión del problema específico de conducta para identificar un diseño o adaptar una estrategia que afecte a los determinantes del comportamiento problema
- o Recomendación basada en evidencia:
  - Luego de implementar una intervención, los efectos deben ser medidos para determinarse si los cambios son en el sentido esperado o si es necesario modificar la intervención

## Desafíos para Obtener Evidencia

- Contexto de TAES: están ocurriendo cambios múltiples y simultáneos
- Los sistemas de salud están en proceso de reforma
- Las modalidades de entrega de TAES están evolucionando
- El diseño original de esquemas de I&F rara vez incluyó un componente de evaluación apropiado
- Difícil conseguir áreas de comparación que permita adjudicar los cambios a la intervención

## Importancia de Tener un Marco Conceptual para Evaluar I&F

- Se necesita evidencia sólida que contribuya a decisiones de política
- Este tipo de datos requiere rigor metodológico
- Se sale de los modelos epidemiológicos
- Existe potencial para ilustrar las contribuciones de los I&F que va más allá de los indicadores de TAES
- Aumenta la comparabilidad entre países, o entre esquemas – contribuye con la política
- Permite analizar los factores comunes de éxito y fracaso

## Conclusiones

- Es necesario analizar las causas potenciales del bajo desempeño antes de embarcarse en esquema de incentivos
- El esquema de incentivos debe tener claridad sobre qué comportamientos quiere afectar y cómo
- La intervención debe incluir diseño adecuado para evaluar impacto

## Sesión 5: Definiciones de “incentivo” y “mecanismo facilitante”

Fue claro, después de las discusiones por la mañana, que los participantes querían ponerse de acuerdo en la definición de “incentivo”; por consiguiente se decidió antes de trabajar los planes de diseño o evaluación de incentivos por país, primero debatir en grupos la definición de incentivo. No se llegó a un acuerdo, por lo que se conformó un grupo de trabajo, el que se reunió en la tarde del primer día para sugerir a todos los participantes una definición de consenso. Este grupo presentó su sugerencia para el término *incentivo* en la mañana siguiente y fue aceptada por los participantes. No hubo discusión sobre la definición de *mecanismo facilitante*, dado que se estableció un consenso, sobre las definiciones dadas por el grupo de trabajo. Se detallan ambas definiciones a continuación.

### **Incentivo**

*Instrumento de tipo material o no material que permite a los beneficiarios fortalecer el cumplimiento de metas y mejorar su desempeño*

### **Mecanismo Facilitante**

*Mecanismo posibilitador de una acción. Pone en condición de hacer algo.*

*Suple carencias o barreras que dificultan al paciente o al trabajador de salud el cumplimiento del objetivo.*

*Mecanismos que permiten romper barreras para poder cumplir*

*Recursos logísticos, posibilitador*

## **Actividad: Grupos de trabajo**

Los participantes se reunieron en grupos de trabajo asociados de acuerdo a los siguientes criterios—

- Aquellos que aún estaban en fase de diseño de esquemas de incentivos
- Aquellos que tenían implementado un esquema pero aún no lo habían evaluado
- Aquellos que ya habían realizado alguna evaluación

Para cada uno de estos grupos había n preguntas específicas que tenían que discutir, y en base de las cuales se esperaba que diseñaran un plan de acción. Para esto, se trabajó con países individuales (ya que existían diferencias marcadas entre países aún dentro de los mismos grupos con los criterios mencionados arriba).

Los grupos con planes de implementar un incentivo trabajaron los factores claves a examinar antes de implementar algún incentivo. Los países que ya están implementando incentivos trabajaron la elaboración de un plan de evaluación. Cada país presentó un resumen de la

discusión que tuvo y sus próximos pasos. Las láminas de las presentaciones de los países se encuentran al final de este resumen (Anexo D).

## **Sesión 6: Presentaciones de los países sobre sus planes desarrollados**

### ***Países con planes de implementar un incentivo***

Estos grupos trabajaron los factores claves para el diseño de un programa de incentivos (utilizando una serie de láminas que se puede encontrar en el Anexo B), como son—

1. El contexto
2. El tipo de incentivo (y cómo elegirlo)
3. La población beneficiaria
4. La posibilidad/probabilidad de generar efectos perversos
5. La fuente de financiamiento
6. La clarificación de roles (¿de quién depende el incentivo?)
7. En lo posible, también se trabajó posibilidades de evaluación

A continuación detallamos un resumen de la presentación de cada país en este grupo. Las presentaciones completas se encuentran al final de este documento (Anexo D).

#### *El Salvador*

- Descripción del plan: El grupo de El Salvador presentó sus planes de proporcionar un suplemento vitamínico (que tiene como fin principal el mejorar la nutrición del paciente, no de actuar como incentivo) y también el pago del transporte del paciente al establecimiento de salud (esto sí que funcionaría como mecanismo facilitante).
- Próximos pasos:
  - El programa planifica hacer un estudio puntual a través de entrevistas a pacientes y personal de salud previo a implementar el incentivo para conocer mejor sus percepciones del suplemento vitamínico (si su existencia actuaría como factor motivante) y del pago del transporte. Esto podría ayudar a afinar la intervención, pero no puede tomarse como línea de base.
  - Puesto que el principal problema en El Salvador no es la adherencia al tratamiento sino la escasa detección de casos, el grupo decidió también explorar la posibilidad de hacer un estudio sobre los factores que impiden la búsqueda de casos.

#### *Nicaragua*

- Descripción del plan: El grupo de Nicaragua presentó su plan de implementar un paquete alimenticio para los pacientes en el norte del país. Para evitar posibles problemas realizaron entrevistas y reuniones con responsables de los PNT, epidemiólogos y administradores de

cada región (SILAIS) para explorar el impacto potencial de un esquema de incentivos. Como se describió anteriormente, el programa planifica contratar por concurso a un distribuidor privado, para que el incentivo no implique un fuerte esfuerzo logístico adicional para el programa. También se elaboró un protocolo operativo con criterios de selección, indicadores de proceso y de impacto, la estructura organizativa y los mecanismos de control. El monitoreo y la evaluación del incentivo serán hechos por una empresa privada contratada (Price Waterhouse).

- Próximos pasos: Nicaragua ha pedido recursos del Fondo Global para cinco años de financiación y actualmente está esperando respuesta a esta solicitud. Si es posible, les gustaría empezar con la implementación del incentivo este verano (2004). Están muy interesados en elaborar un plan de evaluación, que sería llevado a cabo por Price Waterhouse.

### *Panamá*

Aunque Panamá no es país prioritario de USAID en la región, participó en la reunión para compartir sus planes de desarrollar un incentivo focalizado a una población específica: la de las comunidades indígenas, tema importante que afecta a muchos países de la región (como son Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú). Varios de estos países han priorizado el tratamiento del TB para sus poblaciones indígenas.

- Descripción del plan: El participante de Panamá presentó algunos incentivos que ya están usando en el país y otros posibles incentivos que piensan implementar. Describió como incentivo los talleres de capacitación a los equipos locales y regionales. Después de esta formación, estos equipos ellos mismos sirven como facilitadores, factor que les motiva. También los equipos reciben meritocracia (reconocimiento por sus esfuerzos que sirve como factor motivante). Poblaciones urbano marginales con TB también reciben equipo básico de aseo, alimentación, acceso a grupos de autoayuda y educación de pares. Los pacientes actualmente reciben una crema nutricional. Como se explicó arriba, se está explorando la posibilidad de implementar otros incentivos focalizando a los pacientes indígenas, como son una canasta básica, herramientas de trabajo, semillas.
- Próximos pasos: Panamá quiere explorar más profundamente las diferentes posibilidades de incentivos que hay para las comunidades indígenas. También está interesado en hacer una comparación entre las áreas con y sin un incentivo y de también realizar esta comparación entre poblaciones indígenas y no indígenas.

### *Republica Dominicana*

- Descripción del plan: El grupo de la República Dominicana explicó que, aunque no se usan incentivos de manera establecida y no hay registro histórico del uso de incentivos en el PNT, algunos establecimientos de salud utilizan incentivos (alimentos para los pacientes con TB), pero son experiencias aisladas a nivel local, no institucional, ni han sido evaluadas en su uso ni impacto. Otras experiencias locales orientadas a los pacientes son la implementación de la Campaña “Lo que a ti te sobra a mi me puede faltar”.

El grupo propuso elaborar e implementar un plan de incentivos que tendrá como objetivo mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con TB, disminuyendo el abandono. El plan de incentivos apoyaría los objetivos generales del programa que son—

- Apoyar la consolidación de la estrategia TAES/DOTS en siete provincias priorizadas y el Distrito Nacional
- Mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud para el control de la TB
- Estimular el autocuidado de los pacientes con TB
- Fortalecer las redes de asistencia social para los pacientes con TB

Los incentivos al personal de salud serían: Reconocimiento al buen desempeño, a través de pergaminos y publicaciones en murales y boletines. Participación en actividades científicas a nivel nacional e internacional (UNION, CDC, OPS/OMS). Vacaciones terapéuticas: Días libres, fines de semana compensadas por el buen desempeño. Bonos de reconocimiento por el buen desempeño. Entrega de gorras, camisetas, etc.

Los incentivos a los pacientes con TB serían—

- Alimentación complementaria al paciente con TB y su grupo familiar, según criterios de selección por riesgo social (pobreza extrema) y cumplimiento del tratamiento
- Facilidades de transporte para pacientes en pobreza extrema y limitaciones de accesibilidad por razones geográficas
- Estímulo de la organización de los pacientes a través de la conformación de grupos de autoayuda entre los pacientes con TB, con asistencia profesional (enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos)

El grupo ha identificado cuatro principales posibles problemas en la implementación de incentivos—

- La no sostenibilidad de los incentivos en el mediano plazo
- La generación de grupos de presión institucional o social
- Las dificultades administrativas en la gestión del PNCT por incorporar nuevas actividades
- Las dificultades para evaluar el impacto de los incentivos

- Próximos pasos: El grupo de la República Dominicana expresó su interés para avanzar en elaborar un plan para el uso de incentivos y explorar las fuentes de financiamiento nacional e internacional. Sin embargo, una limitación en su viabilidad, sería el proceso de transición de autoridades en que se encuentra el país, y que culminará en agosto cuando las nuevas autoridades electas asuman formalmente la conducción del gobierno.

### **Países que ya están implementando incentivos**

Estos grupos desarrollaron planes de evaluación del incentivo que ya están implementando (utilizando una hoja de trabajo que se puede encontrar en el Anexo C). Específicamente han tratado los siguientes temas—

1. La descripción de la intervención (el incentivo)
2. Los objetivos de la intervención
3. La hipótesis a ser investigada
4. Los objetivos del estudio de evaluación
5. Las preguntas de investigación
6. Los posibles indicadores para la evaluación
7. El posible diseño del estudio

A continuación detallamos un resumen de la presentación de cada país en este grupo. Las presentaciones completas se encuentran en el Anexo D.

#### ***Bolivia***

- Descripción del plan: La hipótesis se definió de la manera siguiente: si se brinda un incentivo a las enfermeras de los municipios priorizados se lograrán los objetivos establecidos (que son aumentar la detección de casos, aumentar el número de casos curados, mejorar el sistema de referencia y mejorar la relación del paciente y el proveedor). Como se describió arriba, el incentivo en Bolivia es un monto monetario de USD 30 por mes para horas extras cumplidas. Las preguntas claves de la investigación serían—
  - Si las enfermeras que reciben incentivos desarrollan mejor la estrategia TAES/DOTS
  - Si un promotor de salud capacitado y motivado puede aplicar la estrategia TAES/DOTS-C
  - Si el tener un ambiente adecuado facilita la adherencia al tratamiento
  - Si se mejorará la adherencia al tratamiento con la intervención de promotores de salud

Se definió tres indicadores cuantitativas de resultado (porcentaje de pacientes evaluados, porcentaje de curación y porcentaje abandono) y dos cualitativos (estudio de satisfacción del usuario, nivel de satisfacción del personal de salud). El diseño del estudio es cuasi experimental en serie de tiempo.

- Próximos pasos: Bolivia quiere continuar con las evaluaciones periódicas y realizar una evaluación de los indicadores cualitativos.

### *Brasil*

- Descripción del plan: La Doctora Soares de Rio de Janeiro describió la hipótesis de su estudio como “los vales de alimentos aumentan la adherencia a tratamiento en pacientes con nivel socio económico bajo”. Las preguntas claves de la investigación, que hay que asegurar que abordan los factores de comportamiento y de motivaciones, serían—
  - Definir el impacto de los incentivos sobre la adherencia
  - Definir la media de dosis (de tratamiento) que se recibieron
  - Definir el perfil de los pacientes que se benefician con los vales

Se decidió que se recolectara la siguiente información (incluyendo posibles indicadores midiendo el impacto del incentivo)—

- El número de pacientes (es indicador si el incentivo funciona también para mejorar la detección de casos)
- La estratificación por edad
- La distribución por sexo
- El nivel socio económico
- El porcentaje de curación (indicador del impacto)
- El número de pacientes que acuden a recibir tratamiento de los diagnosticados (indicador)

Sin embargo, cuando el participante llegó a pensar en el diseño del estudio se dio cuenta que, para realizar este tipo de estudio, se necesitaría un grupo de control—cosa que no sería posible porque se está proporcionando incentivos a pacientes en todas las áreas TAES/DOTS del municipio. Entonces el único tipo de grupo control sería en un área non-TAES/DOTS, que sería una comparación inválida. Se discutió la posibilidad de usar programas con TAES/DOTS en otras regiones con los cuales se podría eventualmente comparar, pero esto resultó difícil porque (1) Brasil no ha introducido TAES/DOTS en muchas otras regiones del país aparte de Rio y (2) hay diferencias sustanciales (en el uso de información, educación y comunicación [IEC] y/o la manera de implementar TAES/DOTS) entre programas de TAES/DOTS en las pocas otras regiones que han introducido TAES/DOTS. Se consideró hacer un estudio pre-post pero esto tampoco resultó factible porque el incentivo fue implementado en mismo tiempo que la estrategia TAES/DOTS y entonces no se podría diferenciar entre el impacto de la estrategia TAES/DOTS y el posible impacto del incentivo. Finalmente se consideró hacer un estudio comparando una población que recibe una canasta

básica con una que no la recibe, pero este programa, que enfoca pacientes muy pobres con TB, no está funcionando bajo la estrategia TAES/DOTS.

- Próximos pasos: Tener un grupo de control no es posible en el caso de Rio de Janeiro, pero eventualmente se podría considerar otras opciones para evaluar el impacto del incentivo (como sería una serie de tiempo que no requiere comparación o, como mínimo, un estudio cualitativo). Durante la reunión, se definió los próximos pasos así—
  - Definir el tipo de estudio (aclarar el objetivo)
  - Escribir el protocolo y establecer el diseño del estudio (seleccionar tipo de diseño, calcular la muestra, seleccionar las unidades de salud, etc.)
  - Elaborar el instrumento
  - Validar el instrumento
  - Aplicar el instrumento
  - Capturar la información
  - Analizar la información

### *Ecuador*

- Descripción del plan: La Doctora Romero explicó que la hipótesis a ser probada es que el proporcionamiento de capacitación, diplomas y asesoramiento en la elaboración de abstractos sirve para motivar al personal para mejorar su desempeño en la búsqueda de casos específicamente a través de—
  - Un cambio en actitud del personal en la búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR)
  - Un aumento en el número de casos detectados (el 5% de SR en la población mayor de 15 años que acude a los establecimientos de salud)

Los variables que se medirán son el número de SR captados en los establecimientos de salud, el número de personal de salud que recibió y no recibió los incentivos y el número de pacientes con TB pulmonar baciloscopia positiva (BK+). El diseño del estudio sería de tipo caso-control, se compararía áreas que tienen los incentivos con áreas que no los tienen (pero todas las áreas serían áreas con TAES/DOTS) y el método propuesto sería de usar información de los registros de TB y entrevistas con personal de salud.

- Próximos pasos: Se piensa escribir un protocolo y probablemente será dentro del proyecto del curso de investigación operativa que tendrá lugar en Brasil en junio 2004. Antes de

comenzar el estudio de evaluación se realizará un taller, dirigido a las personas que van a ejecutar la investigación.

### *Haití*

- Descripción del plan: El grupo de Haití elaboró su hipótesis como “el incentivo alimentario va a aumentar la adherencia de los pacientes y acompañantes, disminuyendo de esta manera la tasa de abandono”. La evaluación tendrá como objetivos saber si, en un contexto de pobreza extrema, un incentivo material como son los alimentos, pudiera aumentar la eficacia del tratamiento por la disminución de la tasa de abandono. Se examinarán y medirán las siguientes variables—
  - Porcentaje de detección de casos
  - Porcentaje curación y éxito
  - Visitas realizadas/programadas
  - Opinión del paciente sobre la asistencia del acompañante
  - Porcentaje de alimentos utilizados/programados
  - Porcentaje de pérdida de los alimentos

Se planifica hacer algún tipo de ponderación de estas variables. El diseño del estudio: comparación entre dos zonas—una de intervención y la otra de control.

- Próximos pasos: Se está planificando la evaluación del impacto del paquete básico durante el verano 2004.

### *Honduras*

- Descripción del plan: El grupo de Honduras elaboró la hipótesis “el incentivo de canasta básica dado a los pacientes inscritos en el Programa de Control de Tuberculosis de Honduras es una actividad costo-efectiva que mejora la adherencia terapéutica”. El diseño del estudio es cuasi-experimental, comparando una cohorte expuesta al incentivo (pacientes de cuatro regiones) con una cohorte no expuesta al incentivo (pacientes de cinco regiones). El grupo seleccionó las variables y la fuente de datos en cada caso, como sigue—

<b>Descripción del Variable</b>	<b>Fuente de Datos</b>
Tasa de abandono	Ficha de abandono Libro de seguimiento de casos
Porcentaje de dosis recibidas en el mes	TB4 (Hoja de control de tratamiento)
Número de pacientes que han recibido el incentivo	Hoja de control de incentivos
Empleo del incentivo	Encuesta a paciente y familiares
Percepción del incentivo	Estudio por grupos focales
Costo unitario de la canasta básica (costo real más distribución)	
Costo estimado de un retratamiento después del abandono	

- Próximos pasos: El grupo de Honduras expresó interés en seguir con el desarrollo del plan de evaluación del impacto y costo-efectividad de la canasta básica.

## México

- Descripción del plan: México empezó por explicar la estrategia caminando a la excelencia (ECE), donde se presenta el avance del Programa y que integra el análisis de información de cuatro sistemas computacionales diferentes. Se presenta información de cinco indicadores de proceso y resultado, y de un índice que pondera cada uno de los cinco indicadores ya mencionados, muestran el buen funcionamiento de TAES/DOTS. Mediante este proceso, se crea un tipo de “competencia sana” entre los equipos de TB que trabajan en los 32 estados y 240 jurisdicciones. Los cinco indicadores se evalúan con periodicidad trimestral y se los da un valor único (índice vectorial). Los cinco indicadores son—
  - Detección de casos (refleja el porcentaje cobertura de detección)
  - Diagnóstico oportuno (porcentaje de casos nuevos diagnosticados)
  - Seguimiento adecuado (porcentaje mensual del tratamiento)
  - Productividad de laboratorio (porcentaje de laboratorios con productividad diaria)
  - Curación (porcentaje curación) de los diagnosticados

La calificación se clasifica en rangos: “sobresaliente”, “satisfactorio”, “mínimo” o “precario”.

Los incentivos que se están usando dentro de esta estrategia para recompensar al mejor desempeño de los equipos de control de la tuberculosis son—

- La publicación anual nacional del Ministerio de Salud de los mejores diez desempeños. Como se dijo arriba, esto genera una “competencia sana” entre los estados y regiones ya que al interior de cada estado se elabora por distrito.
- El estímulo se da con el reconocimiento en foros nacionales e internacionales para los estados y jurisdicciones que recibieron la clasificación mejor (sobresaliente).
- La asistencia de los responsables estatales o enfermeras a eventos y cursos nacionales e internacionales para los estados y jurisdicciones que recibieron la clasificación mejor (sobresaliente).

México está planeando medir el impacto del otorgamiento de los incentivos al personal de salud con mejores desempeños en la operación (proceso e impacto) del Programa; se hará de manera semestral y anual a través de la medición de las siguientes variables—

- Oportunidad de la información
- Calidad de la información
- Cobertura TAES/DOTS
- Indicadores de desempeño
- Innovaciones posteriores a la evaluación y otorgamiento del incentivo

Las preguntas claves de la evaluación serán averiguar si el incentivo (reconocimiento) ha mejorado la operación o procesos de TAES/DOTS, si ha tenido impacto (y de que tipo) en los responsables del Programa y si ha modificado la relación entre las autoridades y los responsables del Programa, e identificar beneficios y desventajas al otorgar el incentivo.

Se describe la hipótesis como “El otorgamiento del incentivo a los mejores desempeños ha mejorado los procesos de información, el avance en las metas y el compromiso de las autoridades y los responsables de programa”.

- Próximos pasos: México está planeando seleccionar dos grupos de observación durante el periodo 2001–2003 y compararlos; estos dos grupos serían (1) los estados con mejores desempeños con estímulo y (2) los estados con desempeño regular y precario sin estímulo. Se recolectará datos, se hará el análisis de información con Epi-Info, se elaborará el informe y se difundirá los resultados del análisis.

### *Perú*

- Descripción del plan: El grupo de Perú decidió formular su plan de evaluación sobre el programa “vaso de leche” (detallada arriba), un programa a nivel del municipio. Las hipótesis fueron—
  - Que el vaso de leche facilita la adherencia al paciente
  - Que la satisfacción del usuario (con la) calidad de atención (aumenta) con el vaso de leche
  - Que la inversión para el vaso de leche es costo-efectiva

Se propone un estudio pre-post con grupo de control en la post-mediación y el uso de Epi-Info para detectar diferencias de proporción en las dos poblaciones. Se elaboró las siguientes variables para el estudio.

Descripción del Variable	Tipo de Variable	Fuente de Datos
<i>Variable de resultado</i>		
Tasa de curación	Continua	Libro de registro de seguimiento de pacientes en tratamiento
Tasa de abandonos	Continua	Libro de registro de seguimiento de pacientes en tratamiento
<i>Variable de proceso</i>		
Tipo de producto	Categórica	Comité del vaso de leche
Satisfacción del usuario	Categórica	Encuesta
Ingesta vaso leche	Categórica	Cuaderno Registro vaso
<i>Variable de fondo o control</i>		
Sexo	Categórica	Libro de registro de seguimiento de pacientes en tratamiento
Edad	Continua	Libro de registro de seguimiento de pacientes en tratamiento
Condición económica	Categórica	Evaluación social
<i>Variable de costo</i>		
Costo de la leche	Continua	Comité del vaso de leche

- Próximos pasos: El grupo de Perú quiere seguir con el desarrollo del plan de evaluación del impacto y costo-efectividad del vaso de leche, y revisará con mejor precisión el Plan de Evaluación.

## Sesión 7: Próximos pasos

RPM Plus concluyó la reunión con algunas propuestas de próximos pasos.

- Resaltó el interés regional en seguir compartiendo experiencias con el uso de incentivos y mecanismos facilitantes para mejorar la detección de casos y la adherencia al tratamiento.
- Se enfatizó la importancia de llevar a cabo evaluaciones rigurosas y la importancia de buscar apoyo a nivel nacional y regional. Se indicó que el curso de investigaciones operativas del CDC podría ser un buen mecanismo para apoyar esfuerzos de evaluación de los incentivos. Se pidió a los países de mantenerse en contacto con RPM Plus si desarrollen más sus planes de evaluación para que pueda también apoyar los esfuerzos o asistir con la búsqueda de personas o instituciones que pudieran apoyar estos esfuerzos.
- También se enfatizó la importancia de compartir experiencias y resultados de evaluaciones de los incentivos y mecanismos facilitantes, no sólo a nivel regional, pero también global (por ejemplo durante la reunión planificada a nivel global [UICTER 2005]).

## **Conclusiones de la Reunión**

Las principales conclusiones de la reunión se pueden clasificar de la siguiente manera—

- Lo que hemos aprendido sobre los esquemas de incentivos en la región de Latinoamérica y el Caribe
- Las decisiones tomadas por el grupo
- Las temas principales que surgieron de las presentaciones y discusiones
- Lo que se necesite para asegurar un diseño sólido de un esquema de incentivos y una evaluación rigurosa

### ***¿Qué hemos aprendido sobre el uso de incentivos en la región de Latinoamérica y el Caribe?***

- Muchos países de la región están usando incentivos en el control de la tuberculosis.
- Los incentivos que se están usando son de varios tipos diferentes (por ejemplo, comida, bonos, diplomas, reconocimiento) y pueden ser para pacientes o proveedores (o ambos). En algunos casos (México, y próximamente Bolivia), a través de incentivos se está premiando al equipo de salud y no al proveedor individual.
- La encuesta y la reunión capturaron principalmente experiencias de los programas nacionales de TB. Se sabe poco de experiencias más locales (que sean del sector público o de ONGs) dentro de la región.
- Se está usando estos incentivos par intentar mejorar la detección de casos y la adherencia al tratamiento, pero se evidencia una falta de conexión entre los incentivos y los comportamientos que se desean modificar. En pocos casos recibir el incentivo está vinculado al desempeño del paciente o proveedor. Si no está vinculado al desempeño, no se puede concluir que ha tenido impacto. Si el proveedor y/o el paciente sigue recibiendo el incentivo sin hacer caso de sus acciones, es poco probable que el incentivo tendrá el efecto motivador querido.
- Muchos países han implementado algo que podría llamarse un incentivo y posiblemente funcionó como tal, pero el objetivo al principio de la implementación no fue el de motivar al personal de salud o al paciente para mejorar las tasas de detección de casos o adherencia al tratamiento: el ejemplo más común es la implementación de algún tipo de asistencia nutricional que tiene como objetivo mejorar el estado nutricional del paciente. En otros países (Honduras, por ejemplo), sí que definió el objetivo desde el principio como un incentivo al personal de salud y al paciente.

- La mayoría de los países no han evaluado el impacto del incentivo. De los que sí han hecho algún tipo de evaluación, es muy difícil aislar el impacto del incentivo comparado con otros elementos e intervenciones del programa.

***¿Cuáles han sido las decisiones tomadas por parte del grupo durante la reunión?***

- Se decidió no referirse a un “programa de incentivos”; en lugar de “programa”, se sugiere usar “estrategia de incentivos”, “esquema de incentivos”, o simplemente “incentivos”.
- Se decidió que el término “incentivo” en este contexto será mejor definido como un “instrumento de tipo material o no material que permite a los beneficiarios fortalecer el cumplimiento de metas y mejorar su desempeño”.

***¿Cuáles son los principales temas importantes a considerar durante la implementación de un incentivo?***

- *El objetivo del incentivo:* Por ejemplo, proporcionar alimentos puede tener el fin de motivar al paciente o al personal a cumplir con alguna meta, o bien puede tener el fin de brindar únicamente asistencia nutricional. Lo importante es, durante la fase de diseño, que los involucrados (incluido los que se encargan de proporcionar los alimentos) tengan claro el objetivo. Además, si el propósito es brindar asistencia nutricional, el contenido del alimento y la cantidad deben realmente estar en relación a la probabilidad de lograrlo. Si no es así, puede correrse el riesgo de esperar una ganancia nutricional pero no lograrla. Finalmente, la entrega del producto debe estar ligada a algún comportamiento medible y no entregárselo a todos los pacientes aunque no hayan cumplido ese comportamiento.
- *El contexto programático:* Se reconoció algunos factores claves que hay que tener en cuenta cuando un programa o proyecto considera implementar incentivos, por ejemplo—
  - Antes de implementar un incentivo hay que tener una estrategia TAES/DOTS fuerte.
  - Antes de implementar un incentivo, hay que considerar si realmente es un incentivo que tiene la mayor posibilidad de superar el problema planteado: es posible que sería mejor hacer un cambio al programa o reforzar algunos aspectos del programa en vez de implementar un incentivo.
- *El tipo de incentivo:* Hay que pensar qué tipo de incentivo será más factible de usar y tendrá más impacto (y esto se puede definir mejor con grupos de pacientes o proveedores usando métodos cualitativos antes de implementar cualquier esquema). Algunos países (por ejemplo, Nicaragua) han tenido reuniones previas a la implementación del incentivo para explorar la factibilidad y el impacto potencial de este mismo. También Nicaragua había elaborado un protocolo operativo para la implementación del incentivo previa a la reunión. Sería útil que este tipo de documento sea compartido con el grupo, si fuese posible.
- *Si lo que se quiere implementar es un “incentivo” o si debería formar parte del programa:* Algunos países consideraron que las acciones que algunos describen como “incentivo” en

realidad son recursos o facilidades que el programa debe dar a su personal en forma regular para que pueda cumplir con su labor y no debe considerarse como incentivo per se. Por ejemplo, transporte o dinero para transporte para visitar pacientes, debería darse a los trabajadores si se espera que hagan visitas domiciliarias y no esperan que ellos las hagan sin estas facilidades. El considerar el dar estas facilidades como un “incentivo” desvirtúa lo que el Programa de TB está obligado a dar para cumplir con sus metas. Esto muestra otra vez la importancia de tener en cuenta el contexto local y qué objetivo se tenía cuando se implementó el llamado “incentivo”. La discusión es aún mayor cuando el objetivo es lograr las metas que se establecen en el programa: algunos jefes de programa consideraron que los “incentivos” deberían considerarse cuando se quiere ir más allá de esas metas establecidas, porque con los recursos normales el personal debería llegar a cumplir las metas programadas.

- *La importancia de un buen diseño para la implementación y una evaluación rigurosa, la cual debe ser tomada en cuenta desde el principio:* Se reconoció la importancia de tener un buen diseño de implementación y una evaluación del impacto de los incentivos a través de un proceso lo mas riguroso posible. La desafortunada experiencia de El Salvador ha recalado este punto. Existen algunas oportunidades claras para diseñar una evaluación rigurosa del impacto del incentivo: en el caso de Bolivia por ejemplo, donde próximamente se cambiará de un sistema de pago por enfermera a un pago por equipo.

### ***¿Qué necesitamos para asegurar un diseño sólido de un esquema de incentivos y una evaluación rigurosa?***

- Para elaborar un diseño riguroso de un esquema de incentivos, hace falta—
  - Investigación formativa/exploratoria sobre el valor dado por parte de proveedores y pacientes a los diferentes tipos de incentivos.
  - Investigación formativa/exploratoria para entender mejor las dificultades, barreras y mecanismos facilitantes actuales para—
    - La detección de casos (proveedores)
    - El seguimiento de casos (proveedores)
    - El control de la calidad de los laboratorios (en el caso del personal de laboratorio)
    - Asistencia de la población al centro/puesto de salud para hacer una consulta médica que llegará al análisis clínico para diagnosticar la TB y recibo de los medicamentos (pacientes)
    - Adherencia al tratamiento o persistencia en asistir para completarlo (pacientes)

Existen oportunidades claras para efectuar investigaciones cualitativas antes de implementar (o no) un incentivo. El Salvador, por ejemplo, está interesado en explorar la posibilidad de hacer un estudio cualitativo sobre los factores que impiden la búsqueda de casos.

- En el diseño de la intervención, hay que tener en cuenta el tipo de incentivo para cada audiencia (proveedor de salud, paciente, familiares, personal de laboratorio, etc.), el método de provisión y el vínculo con los comportamientos de cada uno. Hay que anticipar lo más posible cualquier potencial efecto negativo para poder identificar mecanismos para disminuir estos posibles efectos.
- El hecho de tener un buen diseño del esquema de incentivos, de definir claramente los objetivos, de identificar cómo se supone que actuará el incentivo, hará mucho más fácil diseñar un plan de evaluación por las siguientes razones—
  - Se definirán claramente los comportamientos que se medirán.
  - Se definirán y medirán los insumos de la intervención (el incentivo).
  - Se podrá relacionar y vincular los resultados finales con los insumos de la intervención.
  - Será posible correlacionar los indicadores de resultados finales con los comportamientos que el incentivo quiso modificar. Al mismo tiempo se podrá incluir en el análisis otros factores (de sistema, programa y políticos) que hayan podido tener impacto sobre el resultado final, y entonces correlacionarlos para todos, incluso si la comparación con un grupo que no ha recibido el incentivo no sea posible.



## **Anexo A: Presentaciones de los facilitadores**

Presentaciones Completas:

1. ¿Incentivos, como una estrategia para aumentar el éxito en el control de la TB?
2. El uso de incentivos en los programas y proyectos de control de la tuberculosis
3. Uso de incentivos y mecanismos facilitantes en programas de tuberculosis: Asegurando un diseño apropiado para su evaluación
4. Próximos pasos



# 1. ¿Incentivos, como una estrategia para aumentar el éxito en el control de la TB?

**Organización Panamericana de la Salud**  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

*Incentivos, como una estrategia para aumentar el éxito en el control de la TB?*

<http://www.paho.org>

**Dra. Matías H. Villatoro**  
Consultor Asociado  
Residente TB/OPS/USAID

- *En 1993 el Banco Mundial*  
✓ “El tratamiento acortado de la TB era la intervención más rentable de la salud para los países en desarrollo”
- *En 1994 la OMS*  
✓ Establecimiento de la Estrategia DOTS/TAES.

Organización Panamericana de la Salud  
Honduras, 2004

**Factores que impiden la adherencia al tratamiento de TB.**

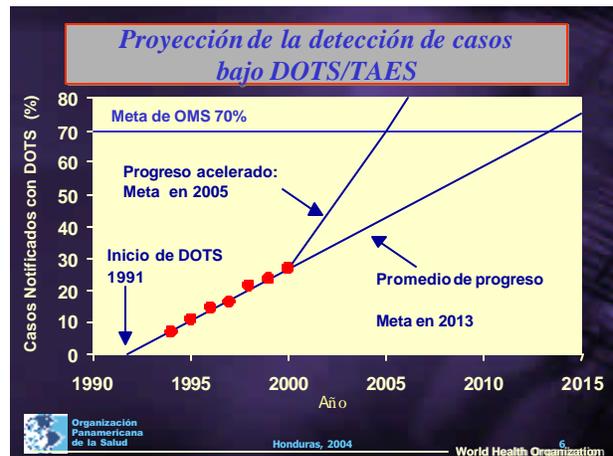
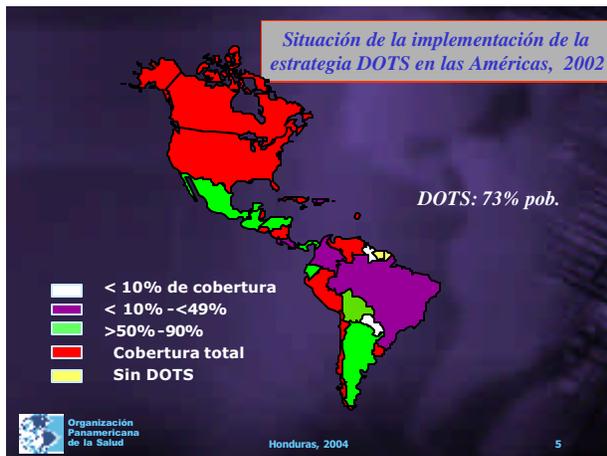
- Tratamiento prolongado
- Asociación de Fármacos
- El tratamiento continúa a pesar de que el paciente se siente bien.
- Efectos secundarios
- Pacientes con problemas socioeconómicos.

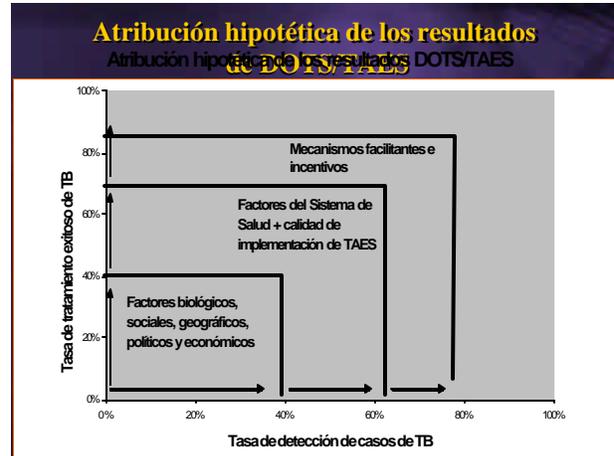
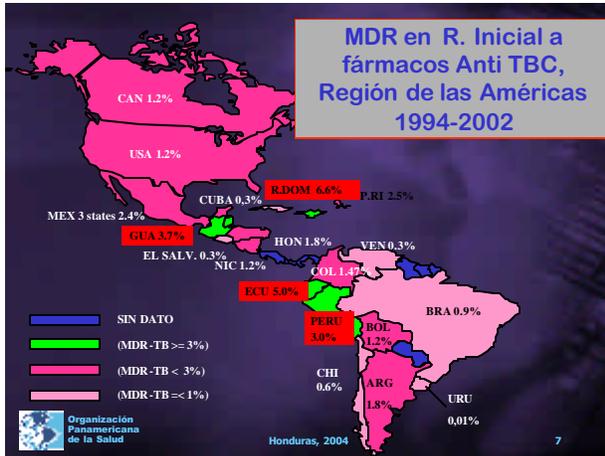
Organización Panamericana de la Salud  
Honduras, 2004

**Estrategias para intentar mejorar el control de la Tuberculosis**

- Gratuidad del tratamiento.
- 100% de supervisión del tratamiento.
- Optima relación personal de salud / paciente.
- Mejoría en condición de acceso al tratamiento.
- IEC
- Otros ...

Organización Panamericana de la Salud  
Honduras, 2004





### Objetivos del Taller de Incentivos

- *Discutir resultados de las encuestas y compartir experiencias con el uso de incentivos.*
- *Estimular la investigación en los países/programas sobre el impacto y costo-efectividad de incentivos en el control de TB*



Organización Panamericana de la Salud  
Honduras, 2004

### Programa de Actividades

#### El Uso y la Evaluación de los Incentivos en Latinoamérica 6-7 de mayo de 2004

1. *Introducción a la utilización de los incentivos.*
2. *Presentación de países*
3. *Resumen de los resultados de la encuesta sobre el uso de los incentivos en América Latina y el Caribe*
4. *Desafíos comunes en la evaluación de los incentivos*
5. *Mesas de trabajo*
6. *Presentaciones de los países sobre diseño de esquemas de incentivos*
8. *Presentaciones de los países sobre evaluación*
9. *Próximos pasos*

Organización Panamericana de la Salud  
Honduras, 2004

## 2. El uso de incentivos en los programas y proyectos de control de la tuberculosis

El Uso de Incentivos en los Programas y Proyectos de Control de la Tuberculosis

Introducción

Tegucigalpa, 6 y 7 de Mayo

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus

Programa Colaborativa

Esfuerzo de colaboración desde 2001 entre RPM Plus, Stop TB, Banco Mundial (financiado por USAID y OMS) y, ahora, OPS.

Objetivo principal: demostrar la evidencia del efecto de usar incentivos en los indicadores de resultados de los programas de tuberculosis

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus

Hay muchas posibilidades para mejorar el desempeño del programa/proyecto de control de la tuberculosis

Posibles soluciones (entre otros):

- Fortalecer los componentes de TAES
- Mejorar la educación de los pacientes y de la comunidad
- Contratar con el sector privado
- Usar diferentes formas de incentivos y otros mecanismos facilitantes (I&F)

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus

¿Por qué explorar los I&F?

La motivación puede ser un problema para muchos actores involucrados en el control de la TB:

Factores que pueden afectar la motivación:

- En los pacientes: estigma, síntomas pueden desaparecer pero tratamiento debe seguir, inconveniencia del tratamiento frecuente
- En los proveedores: estigma, miedo de ser infectados, considerarse trabajador de bajo nivel, larga duración del tratamiento

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus

Definiciones

- Mecanismo facilitante (F) se define como un estímulo provisto al paciente o al proveedor para posibilitar:
  - La detección de casos
  - La adherencia al tratamiento
  - La curación
- Un incentivo (I) se define como un estímulo agregado que alienta a los actores a comportarse en una manera deseada, algo que los incita a la acción.

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus

¿Existe una diferencia entre los I&F?

- La línea divisoria entre estos dos conceptos no es tan clara y muchos incentivos pueden comportarse como mecanismos facilitantes y viceversa. Lo importante no es el nombre, sino cómo funcionan para que motiva al paciente y/o al proveedor a realizar las actividades necesarias bajo su responsabilidad para mejorar el control de la TB.
- En América Latina y el Caribe hemos decidido solamente usar el término "incentivo"

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus

### ¿De qué tipo son? ¿Y para quién(es)?

Algunos ejemplos:

- Alimentos, transporte, monto de dinero, vitaminas, maletines, diploma etc.

Para:

- Pacientes, familias de pacientes, proveedores (médicos, enfermeras, personal del laboratorio, promotores voluntarios etc.) o instituciones

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus 7

### ¿De qué tipo son? ¿Y para quién(es)?

Algunos ejemplos:

- Alimentos, transporte, monto de dinero, vitaminas, maletines, diploma etc.

Para:

- Pacientes, familias de pacientes, proveedores (médicos, enfermeras, personal del laboratorio, promotores voluntarios etc.) o instituciones

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus 7

### ¿Entonces...Implementar un incentivo...o no?

Aunque muchos países están implementando o pensando implementar incentivos, y muchas veces se atribuyen mejoras en los indicadores de control de la TB a estos incentivos, raramente se ha hecho alguna evaluación para confirmar este vínculo y casi nunca se ha realizado una evaluación rigurosa

La verdad es que se sabe muy poco sobre el impacto y costo-efectividad de los incentivos en el control de la TB.

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus 9

### Actividades principales (1)

- Elaboración de un marco analítico y revisión de la bibliografía publicada
- Envío, en 2001, de una encuesta a programas/proyectos a nivel global que actualmente usan incentivos
- Promoción del intercambio de experiencias e investigación pertinente a través de talleres (2001, 2003)

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus 10

### Actividades principales (2)

- Desarrollo de una herramienta para "mapear" las motivaciones de los diferentes actores involucrados en TAES
- Envío, en 2004, de una encuesta a la mayoría de los programas de TB y algunos proyectos en América Latina y el Caribe
- Estimulación de esfuerzos de evaluación de incentivos en países que ya lo están usando o planifican implementarlos

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus 11

### Programa Conjunto

<p><b>Primera Etapa (2001-2002)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Desarrollo del marco analítico</li> <li>•Análisis de la bibliografía publicada existente</li> <li>•Encuesta – nivel global</li> <li>•Desarrollo de una herramienta para "mapear"</li> </ul> <p>UICTER 2001 - resultados de la encuesta</p>	<p>→</p>	<p><b>Segunda Etapa (2002-Nov 2003)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Uso de la herramienta para "mapear" en China, Uganda y Tanzania</li> <li>•Identificación y desarrollo de una herramienta para guiar la evaluación de incentivos</li> </ul> <p>UICTER 2003 – sobre evaluacion</p>	<p>→</p>	<p><b>Tercera Etapa (desde Nov 2003)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Uso de la herramienta para la evaluación</li> <li>•Estimular evaluación</li> <li>•Analizar resultados</li> </ul> <p>Países principales: Bangladesh, India, Pakistán, ¿América Latina y el Caribe?</p> <p>UICTER 2004 y UICTER 2005</p>
--	----------	--	----------	---

MSH MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH  
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus 12

### ¿Que hemos aprendido hasta la fecha? (1)

- La base de evidencia sobre el impacto y costo-efectividad de los incentivos es débil
- La evidencia en países con carga de enfermedad baja indica que los incentivos pueden contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento si los programas de control están bien administrados y financiados
- Las experiencias documentadas indican que los incentivos que están directamente vinculados a las mejoras cuantificables pueden ser más efectivos que las medidas no vinculadas

### ¿Que hemos aprendido hasta la fecha? (2)

- Se usan muchos incentivos financieros y materiales para los pacientes y los proveedores más allá del apoyo de alimentos o de transporte.
- La mayoría de facilitadores e incentivos para los proveedores tienen como finalidad aumentar la capacidad y la voluntad de buscar y atender los pacientes más allá de los consultorios formales

### ¿Que hemos aprendido hasta la fecha? (3)

- Las mismas mejoras en la práctica esencial de DOTS/TAES y el funcionamiento de sistemas de salud son vistas como facilitadores críticos y motivadores tanto para los proveedores como para los pacientes.
- La prevención y/o el control de los efectos perversos no intencionales es crítica

### ¿Que más necesitamos saber?

Necesitamos mas evidencia empírica sobre:

- El impacto de los incentivos
- Sobre qué tienen impacto
- La magnitud del impacto
- Si el esquema es factible y replicable
- Implicaciones para la gestión del esquema si éste se implementa
- Tipos de incentivos que sean más costo-efectivos
- Formas de controlar efectos perversos
- Formas de asegurar sostenibilidad o continuidad

### 3. Uso de incentivos y mecanismos facilitantes en programas de tuberculosis: Asegurando un diseño apropiado para su evaluación

## Uso de Incentivos y Mecanismos Facilitantes en Programas de Tuberculosis



## Uso de Incentivos y Mecanismos Facilitantes en Programas de Tuberculosis

### Asegurando un Diseño Apropiado para su Evaluación



## Objetivos

- Comprender la importancia de la investigación preliminar para definir las causas potenciales de un desempeño no óptimo
- Discutir los pasos para lograr un diseño apropiado de esquema de I&F y la forma de evaluarlos
- Proponer potenciales hipótesis de trabajo a ser analizadas en evaluación de esquemas de I&F
- Discutir potenciales diseños de evaluación



## Marco Conceptual para Investigación de Cambio de Comportamiento en Salud

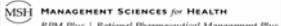


*Adaptado de INRUD/MSH, PRDU course*



## Examinar

- Identificar los indicadores de desempeño
- Medir los indicadores pertinentes
  - Tasa de detección de SR
  - Tasa de casos con tratamiento completo
  - Tasa de casos que abandonan
  - Tasa de casos curados
- Comparar con las metas fijadas



## Diagnosticar

- Revisión de experiencias y literatura
- Identificar factores o barreras para el comportamiento deseado (proveedor y paciente) y el desempeño a medir
  - Contenido de atención de calidad
  - Recursos adecuados
  - Buen flujo y organización de la atención
  - Competencia del personal
  - Motivación



## Factores que Afectan la Adherencia al Tratamiento

- o Relacionados al paciente: costo (ec. O social)
- o Relacionados al tratamiento: tratamientos combinados son más difíciles de seguir, más efectos secundarios, más costosos
- o Relacionados a la relación proveedor-paciente: falta de comunicación
- o Relacionados al sistema de salud: mucho tiempo de espera, consultas cortas e impersonales, falta de disponibilidad de medicamentos

## Tratar

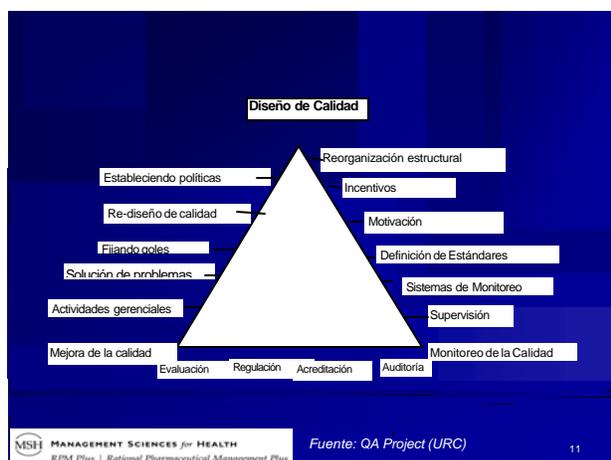
- Identificar potenciales mecanismos o estrategias para lograr el comportamiento deseado
- Ilustrar cómo se espera que esta/s estrategia/s influya/n favorablemente el comportamiento para llevarlo a lo óptimo

## Seguimiento

- Definir los mecanismos a utilizar para medir si los comportamientos deseables ocurrieron
- Identificar en qué medida los cambios se debieron a la aplicación de la intervención
- Mejorar el diagnóstico o mejorar la intervención
- Medir nuevamente los indicadores pertinentes

## Puntos Claves a Considerar

- o No existe una intervención mágica probada
- o Enfoque Interdisciplinario:
  - Requiere comprensión del problema específico de conducta para identificar un diseño o adaptar una estrategia que afecte a los determinantes del comportamiento problema
- o Recomendación basada en evidencia:
  - Luego de implementar una intervención, los efectos deben ser medidos para determinar si los cambios son en el sentido esperado o si es necesario modificar la intervención



## Desafíos para Obtener Evidencia

- Contexto de TAES: están ocurriendo cambios múltiples y simultáneos
- Los sistemas de salud están en proceso de reforma
- Las modalidades de entrega de TAES están evolucionando
- El diseño original de esquemas de I&F rara vez incluyó un componente de evaluación apropiado
- Difícil conseguir áreas de comparación que permita adjudicar los cambios a la intervención

## Importancia de Tener un Marco Conceptual para Evaluar I&F

- Se necesita evidencia sólida que contribuya a decisiones de política
- Este tipo de datos requiere rigor metodológico
- Se sale de los modelos epidemiológicos
- Existe potencial para ilustrar las contribuciones de los I&F que va más allá de los indicadores de TAES
- Aumenta la comparabilidad entre países, o entre esquemas – contribuye con la política
- Permite analizar los factores comunes de éxito y fracaso

## Proceso de Diseño de Evaluación (1)

### ■ Descripción de la Intervención

- Quién hará qué, cuándo, dónde?
- Cuál es la población objetivo?
- Qué insumos, inversiones se requieren?
- Qué sistemas administrativos o gerenciales se usan?

## Proceso de Diseño de Evaluación (2)

### ■ Objetivos de la Intervención:

- Qué intenta resolver la intervención?
- Cuál será el proceso por el cual la intervención afectará los resultados?
- Pueden los cambios esperados ser cuantificados y medibles?

## Proceso de Diseño de Evaluación (3)

### ■ Objetivos del estudio:

- Qué se quiere saber con la evaluación?
- Qué variables serán examinadas y medidas?
  - Sólo variables de resultado o también de proceso?
- Exprese en términos de conductas – quién actuará cómo, hacia quién, en qué medida,

## Proceso de Diseño de Evaluación (4)

### ■ Preguntas de investigación – necesidad de asegurar que el estudio le permite responder estas preguntas

- Abordan las preguntas los factores de comportamiento y motivaciones?

## Proceso de Diseño de Evaluación (5)

### ■ Hipótesis a ser probadas

- Efecto de intervención aislada o múltiples intervenciones
  - Qué relaciones de asociación o de atribución quiere investigar?
  - Influencia de variables de contexto
  - Actúa la intervención más en ciertos grupos de individuos y proveedores que en otros?
  - Es costo-efectivo?
  - Son realmente necesarios los esquemas explícitos de I&F para alcanzar las metas o es suficiente con fortalecer los componentes de TAES?
  - Es sostenible?
- Definir indicadores medibles de acuerdo a las hipótesis

## Opciones de Diseño de Estudio

- Diseño Experimental – Estándar de Oro
- Diseño *Quasi-Experimental*
- Diseño No experimental

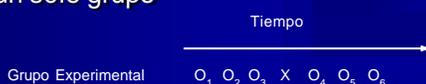
## Diseño Experimental

- Asignación aleatoria a grupos
- Probabilidad de asignación igual para todos los individuos
  - Medición Pre-Post intervención con grupo control
  - Medición Pre-Post intervención con grupo control sólo en post -intervención

*Casi imposible en intervenciones sociales (intervención o efecto se difunde) y poco factible tener grupos de comparación aleatorios*

## Diseño *Quasi-Experimental* (1)

- Series de tiempo: Medición en varios momentos previamente a intervención y varios momentos posterior a intervención en un sólo grupo



## Diseño *Quasi-Experimental* (2)

- Medición pre y post intervención con grupo de comparación no equivalente (sin asignación aleatoria)



## Diseño *Quasi-Experimental* (3)

- Medición de muestras diferentes pre y post test en un mismo grupo (muestra escogida al azar)



## Diseños No Experimentales

- Medición sólo Post-test
- Medición Pre – Post test
- Medición con grupo de comparación fijo

*Todos estos diseños tienen amenazas a la validez y no permiten inferir que los efectos son realmente resultado de la intervención o si ocurren por otros factores*

## Selección de los Métodos de Recolección de Datos

Basado en los objetivos del estudio, diseño e indicadores:

Cuantitativo

- Datos de reportes de TAES
- Encuesta a proveedor o establecimiento
- Encuesta a hogares
- Encuesta a pacientes

Basado en los objetivos del estudio, diseño e indicadores:

Cualitativo

- Entrevistas – abiertas; semi-estructuradas;
- Discusiones en grupos de enfoque
- Entrevistas a paciente, familiares, proveedor, gerentes
- Mapeo – visual; PRA

## Consideraciones Importantes (1)

■ Necesidad de medir variables contextuales:

- Normas
- Conocimiento
- Inversiones funcionales
- Intereses financieros
- Intereses sociales
- Marcos regulatorio y gerencial

## Consideraciones Importantes (2)

■ Importante recoger información de variables de fondo de proveedores y pacientes (socio-económica, etnia, nivel de marginalidad)

– Puede que los I&F tengan más impacto en un subgrupo que en otro

## Consideraciones Importantes (3)

■ Describir otros cambios que ocurren en el período de introducción de incentivos (político, socio-económico, reformas, descentralización, prácticas centrales del TAES, inversiones en salud)

■ Necesario documentar inversión en gerencia, supervisión, administración y monitoreo del esquema (tiempo de personal, costo)

## Tamaño de Muestra

- Usando Epi-Info
- Será dependiente de si se utiliza diseño de comparación y del número de subgrupos
- Utilizar la muestra más grande de acuerdo a las variables de medición
- Discernir qué tan útil puede ser el estudio si se usa muestra más pequeña

## Conclusiones

- Es necesario analizar las causas potenciales del bajo desempeño antes de embarcarse en esquema de incentivos
- El esquema de incentivos debe tener claridad sobre qué comportamientos quiere afectar y cómo
- La intervención debe incluir diseño adecuado para evaluar impacto

## 4. Próximos pasos

### Próximos Pasos

¿Qué posibilidades hay?

- Introducir o mejorar su esquema actual de incentivos al:
  - analice sus capacidades en recursos y personal antes de embarcarse en manejarlo dentro del PNT
  - buscar alianzas con otras instituciones

### Próximos Pasos (2)

¿Qué posibilidades hay?

- Llevar a cabo estudios sobre el impacto y costo-efectividad de los incentivos. Para esto se necesita:
  - Apoyo técnico en evaluación rigurosa – ¿existen expertos en investigación a nivel nacional o regional que podrían apoyar al PNT en estos esfuerzos de evaluación?
  - ¿Hay la posibilidad de aprovechar el curso de investigaciones operativas de CDC?

### Próximos Pasos (3)

¿Qué posibilidades hay?

- Intercambiar experiencia con la evaluación de los incentivos a través de:
  - Participación en una reunión después de UICTER 2005 en el cual se presentara resultados de los evaluaciones de incentivos
  - Posible publicación en 2005 o 2006 sobre los resultados que tenemos a nivel global sobre el impacto y costo-efectividad de los incentivos en el control de la TB

### Próximos Pasos (4)

¿Cómo continuamos colaborando?

- Intercambiar experiencia con programas en la región en el uso y la evaluación de los incentivos a través de:
  - Un e-group. RPM Plus podría explorar esta posibilidad a través de sus paginas de web dedicadas a la tuberculosis [www.msh.org/rpmlplus/tb](http://www.msh.org/rpmlplus/tb)
  - Si necesita apoyo técnico, uno de los socios puede ser punto focal y apoyar por email, teléfono y/o personalmente.
  - ¿Otro mecanismo?

## Anexo B: Documento de trabajo para los países que están pensando implementar incentivos: Factores a tomar en cuenta

### Factores Claves para el Diseño de un Programa de Incentivos

Haber claramente identificado:

- El objetivo del incentivo
- Un tipo de incentivo que tendrá el efecto deseado
- La población beneficiaria
- Posibles problemas que podrían generar efectos perversos
- Opciones para la financiación del incentivo
- Los requerimientos (infraestructura, recursos humanos) para implementar el incentivo.
- Herramientas para asegurar que el incentivo sea implementado de manera querida (formación, protocolos, etc.)

1

### Factores Claves para el Diseño de un Programa de Incentivos (1)

¿Cual es el contexto? ¿Porque se decidió implementar un programa de incentivos?  
¿En lugar de otra intervención para mejorar el control de la TB?

- Hay que tener bien claro el objetivo del programa de incentivos.

2

### Factores Claves para el Diseño de un Programa de Incentivos (2)

¿Qué tipo de incentivo es? ¿Como se eligió?  
¿Como se sabe que tendrá efecto sobre la motivación del paciente/proveedor?

- Si posible, antes de la implementación del incentivo, asegúrense que el paciente/proveedor estará motivado por el incentivo (a través de grupos focales, entrevistas etc.).

3

### Factores Claves para el Diseño de un Programa de Incentivos (3)

¿Cual es la población beneficiaria? ¿Son pacientes? ¿Son proveedores (médicos, enfermeras, trabajadores sociales)?  
¿Familias de los pacientes? ¿Alguna combinación?

- Hay que definir claramente la población beneficiaria.

4

### Factores Claves para el Diseño de un Programa de Incentivos (4)

¿De proporcionar el incentivo a un grupo y no a un otro podría generar problemas y llegar a efectos no desirados?

- Hay que averiguar esta posibilidad y ajustar el programa como sea necesario para minimizar estos efectos (por ejemplo proporcionar el incentivo a familias/proveedores y no solo pacientes.)

5

### Factores Claves para el Diseño de un Programa de Incentivos (5)

¿Quién es responsable de la financiación de los incentivos? ¿Cuanto tiempo esta asegurado la financiación?

- Hay que tener esto en cuenta. Se puede buscar otros fuentes de financiación o intentar mecanismos para que la financiación sea mas asegurada (rubro específico en el presupuesto local por ejemplo).

6

### Factores Claves para el Diseño de un Programa de Incentivos (6)

- ¿Quién es responsable de proporcionar el incentivo? ¿Cuanto tiempo requiere (por día/semana)?
- ¿Cual es el tramite logístico (para canastas por ejemplo)? ¿Que infraestructura es necesario para la implementación del incentivo?
- Hay que asegurarse que la infraestructura y los recursos humanos pueden asumir el programa

7

### Factores Claves para el Diseño de un Programa de Incentivos (7)

- ¿Los responsables de proporcionar el incentivo han tenido alguna formación sobre el programa (objetivo, beneficiarios etc.)? ¿Y/o tienen algún protocolo que les facilite la implementación del programa?
- Si no es así, es posible que el programa sea implementada de manera arbitraria y/o que la población beneficiaria no reciben el incentivo.

8

### Evaluación del impacto del incentivo

Como se sabe que el incentivo tendrá el impacto deseado?

- Importancia de la evaluación
- Explorar posibilidad de grupo de control
- Asegurar que el diseño permite separar el impacto del incentivo de otras intervenciones para mejorar el control de la TB
- Estudiar también el costo-efectividad del incentivo?

9

## Anexo C: Hojas de trabajo para los países que ya están implementando incentivos y quieren evaluar el impacto del incentivo<sup>2</sup>

### Hojas de Trabajo

#### Paso 1. *Formulando el plan de estudio*

<i>Puntos a considerar</i>	
Descripción de la intervención	<p>¿Quién está involucrado?</p> <p>¿Qué insumos/inversiones se requieren?</p> <p>¿Qué sistemas administrativos o gerenciales se usan?</p>
Objetivos de la intervención	<p>¿Qué pasará? – relacione esto directamente al problema a resolver</p> <p>¿Pueden estos cambios ser expresados en términos cuantitativos (por ej., porcentaje de ganancia o aumento)?</p>
Objetivos del estudio	<p>¿Qué se logrará haciendo este estudio?</p> <p>¿Qué pasará – indique qué variables serán examinadas y medidas</p> <p>Expresar en términos de conductas – quién hará qué, cuánto de qué, a quién, cuándo, dónde y con qué propósito</p>

<sup>2</sup> Estas hojas de trabajo vienen de una guía que se está actualmente finalizando RPM Plus y tendrá el fin de guiar el diseño de estudios para evaluar específicamente el impacto de los incentivos o mecanismos facilitantes en el control de la tuberculosis.

*Workshop on the Use and Evaluation of Incentives in Tuberculosis Control in Latin America and the Caribbean*

		<i>Puntos a considerar</i>
Preguntas de investigación		¿A qué preguntas da respuesta el estudio? ¿Enfocan las preguntas el asunto de comportamientos y motivaciones de los actores principales?
Hipótesis sobre las relaciones a ser investigadas		Relaciones de asociación versus atribución versus causalidad entre las variables Relaciones entre variables directas versus indirectas Influencia de variables del contexto en los efectos esperados

**Paso 2. Diseño de estudio**

### **Paso 3. Seleccione las variables a usar**

#### **Instrucciones:**

- \*Con costos, identifique para quién es el costo en la columna de en medio, no el tipo de variable
- Tipo de variables\*\*:
- Continua: cuando la distancia entre dos valores es conocida (por ej., edad, tasa de detección de caso, monto de dinero)  
Categoría: valores difieren en nombre, el valor asignado no significa nada (por ej., 1=Distrito X, 2=Distrito Y, 3=Distrito Z);  
Ordinal: categorías o valores de variables que tienen un valor relativo uno a otro, pero la distancia entre una y otra no se conoce (por ej., muy pobre, pobre, no pobre); Dicotoma: una variable categórica con sólo dos valores o categorías (por ej., si/no). El tipo de variable determina el tipo de análisis que se puede hacer.

Annex 3. Workshop Proceedings

Descripción de la variable	Tipo**	Fuente de datos
<i>Variables de resultado/impacto</i>		
Tasas de curación	Continua	Registros de TAES/DOTS
Detección de caso	Continua	Registros de TAES/DOTS
Tasas de abandono	Continua	Registros de TAES/DOTS
<i>Variables de proceso/control</i>		
Número de beneficiarios		
<i>Variables de fondo/control</i>		
<i>Variables de costo*</i>		

Descripción de la variable	Tipo	Fuente de datos

#### **Paso 4. Cálculo de tamaño de muestra para pregunta de investigación 1**

Áreas a considerar:

- ✓ ¿Cuál es el nivel más bajo de análisis o los grupos más pequeños a comparar?
- ✓ Comparaciones de grupos múltiples necesitan muestras de tamaños muy grandes.
- ✓ ¿Qué tan caro puede resultar el tener la muestra más grande?
- ✓ ¿Qué tan útil es el estudio si se usa una muestra más pequeña (y se hacen menos preguntas)?

**Paso 5. Plan de recolección de datos**

¿Qué fuentes nuevas de datos se han identificado en las variables de la tabla?

Fuente de Datos	Muestra Identificada	Área Geográfica	Cronograma e Intervalo de Tiempo	Recursos Necesarios

De esta información, desarrolle un presupuesto por rubros para la recolección de datos.

**Paso 6. Plan de Análisis**

**Compare porcentaje de distribuciones – tablas cruzadas para las variables que sean pertinentes**

**Compare diferencias entre dos promedios para variables pertinentes**

**Análisis de costo-efectividad**



## **Anexo D: Presentaciones completas de los grupos de trabajo**

En orden alfabético:

- Bolivia
- Brasil
- Ecuador
- El Salvador
- Haití
- Honduras
- México
- Nicaragua
- Panamá
- Perú
- Republica Dominicana



## Bolivia

### Evaluando los incentivos en el control de la TB

Bolivia

### Descripción de la Intervención

- Intervención dirigida a mejorar la calidad de la atención en el control de la TB, a través de acciones diferenciadas a los pacientes, familia y comunidad, incluyendo enfermeras de 200 servicios de salud en Municipios priorizados de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.
- El "Rincón DOTS", se define como el espacio físico con equipamiento mínimo para individualizar la atención del paciente con TB.
- El equipo básico de atención para la administración esta compuesto de 1 jarra y 10 vasos.
- Material educativo para la consejería individual, familia y comunitario.
- Manual para el promotor de salud con contenidos básicos para mejorar la adherencia al tratamiento.
- El costo del incentivo a las enfermeras, US \$ 30 x mes x 3 años

### Objetivos de la Intervención

- Incrementar la tasa de curación al 85% como mínimo.
- Disminuir la tasa de abandonos por debajo del 5%
- Evaluar al 100% de los pacientes con TB notificados a través del estudio de cohorte.
- Personal de salud motivado, desarrollando la estrategia DOTS y DOTS-C.

### ¿Cuál es el hipótesis sobre las relaciones a ser investigadas?

- Si se brinda un incentivo a las enfermeras de los municipios priorizados se logrará los objetivos establecidos en el estudio.

### Objetivos del estudio

- Estimular el trabajo comunitario en forma sistematizada.
- Garantizar el TAES por el personal de salud o por un promotor de salud.
- Mejorar la eficiencia del tratamiento.
- Incrementar la proporción de pacientes evaluados.
- Incentivar el cambio de actitud de la población y del personal de salud con respecto a la TB.
- Brindar apoyo emocional al paciente y familia, a través de la consejería.

### Preguntas de investigación

- Las enfermeras con incentivos desarrollaran mejor la estrategia DOTS.
- Un promotor de salud capacitado y motivado puede aplicar la estrategia DOTS-C.
- Tener un ambiente adecuado facilita la adherencia al tratamiento.
- Se mejorará la adherencia al tratamiento con la intervención de promotores de salud.

## Indicadores

### Cuantitativos

- % pacientes evaluados
- % Curación
- % Abandono

### Cualitativos

- Estudio de satisfacción del usuario.
- Nivel de satisfacción del personal de salud

## Diseño de Estudio

Diseño Quasi experimental en series de tiempo.

Q1    X1 X2 X3 X4 X5 X6

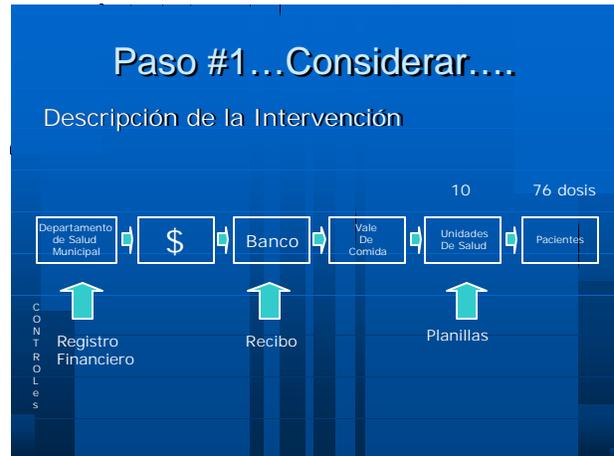
## Próximos pasos

- Continuar con las evaluaciones periódicas.
- Realizar un evaluación de los indicadores cualitativos.

Brasil

Evaluando los incentivos en el control de la TB

Rio de Janeiro



Paso #2

¿Objetivos de la Intervención?

Motivar a los pacientes a asistir a las unidades de salud para tomar los medicamentos

Aumentar la adherencia a tratamiento

Paso #3

¿Cuál es el hipótesis sobre las relaciones a ser investigadas?

Los vales de alimentos aumentan la adherencia a tratamiento en pacientes con nivel socio económico bajo

Paso #4

Objetivos del estudio

- Qué se quiere saber con la evaluación?
  - Si el uso de los incentivos aumentan la adherencia a tratamiento
- Qué variables serán examinadas y medidas?
  - Solo variables de resultado o también de proceso?
    - Proceso
    - Resultado
- Exprese en términos de conductas – quién actuará cómo, hacia quién, en qué medida
  - Las enfermeras proporcionaran los vales a los pacientes

Paso #5

- Preguntas de investigación – necesidad de asegurar que el estudio le permite responder estas preguntas
  - Abordan las preguntas los factores de comportamiento y motivaciones?
  - Cual es el impacto de los incentivos?
  - Cual es la media de dosis que se recibieron?
  - Cual es el perfil de los pacientes que se benefician con los vales?

## Paso #7

- Definir indicadores medibles de acuerdo a las hipótesis
- 1. No pacientes
- 2. Estratificación por edad
- 3. Distribución por sexo
- 4. Nivel socio económico
- 5. Porcentaje de curación
- 6. No pacientes que acuden a recibir tratamiento

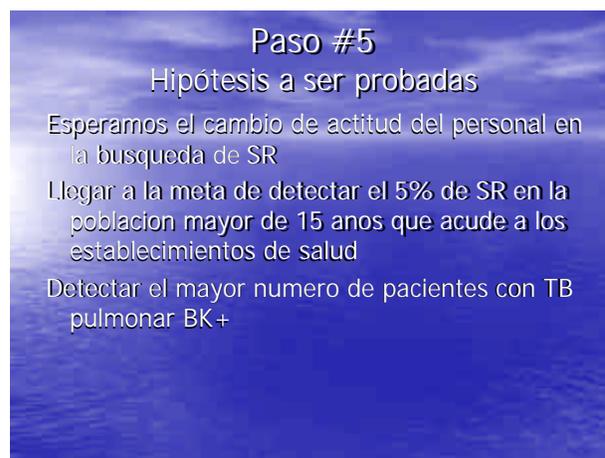
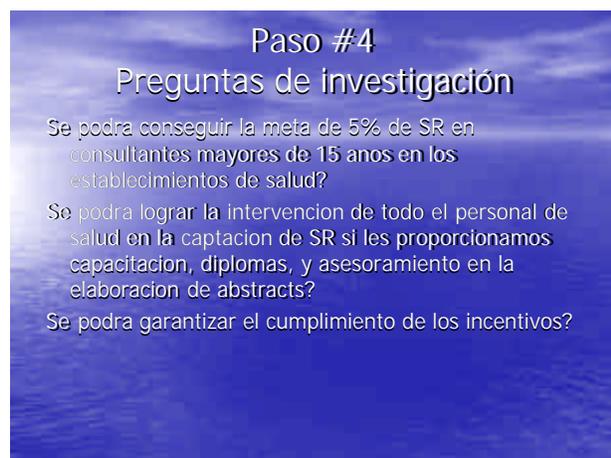
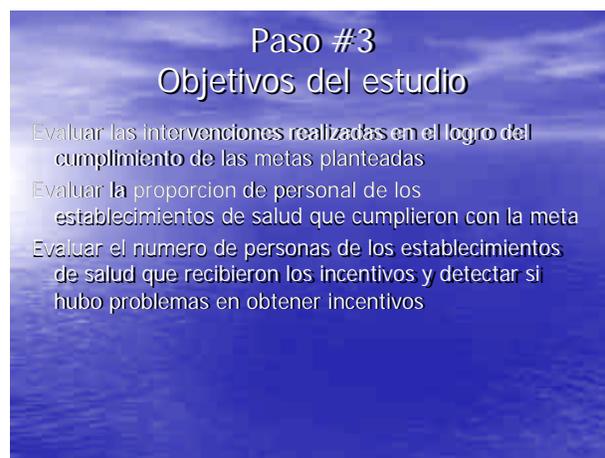
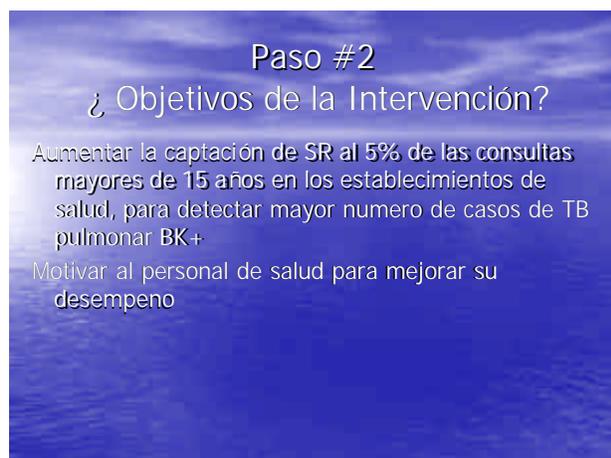
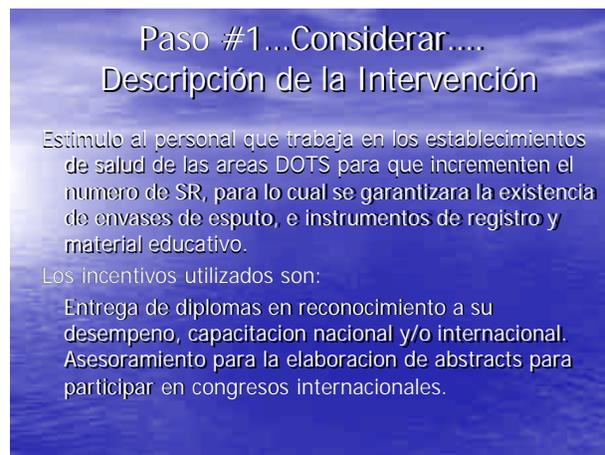
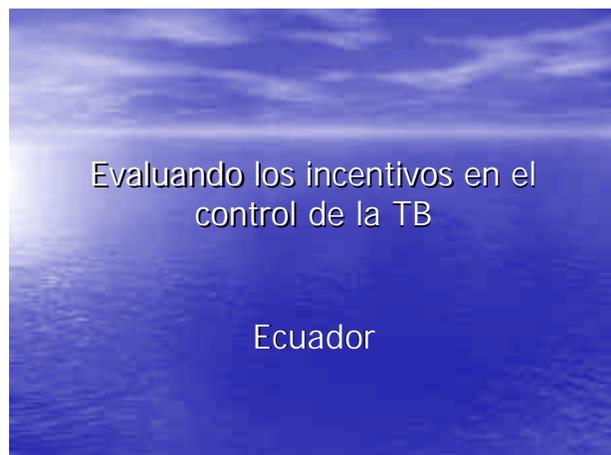
## Paso #8

### Diseño de Estudio

## Próximos pasos

- Definir tipo de estudio
- Escribir el protocolo
- Calcular la muestra
- Seleccionar las unidades de salud
- Elaborar el instrumento
- Validar el instrumento
- Aplicar el instrumento
- Capturar información
- Analizar la información

## Ecuador



### Paso #6

#### Definir indicadores medibles de acuerdo a las hipótesis

- Medir el número de SR captados en los establecimientos de salud
- Medir el número de personal de salud que recibió y no recibió los incentivos
- Medir el número de pacientes con TB pulmonar BK+

### Paso #7

#### Diseño de Estudio

- Caso-Control: (provincias de salud con DOTS 2001-2003)
- Caso: Areas con el programa de incentivo
- Controles: Areas sin el programa de incentivo
- Metodo: Informacion de los registros de TB, entrevistas del personal de salud

### Próximos pasos

- Escribir un protocolo (probablemente sera un proyecto del curso de investigacion operativa en Brasil)
- Realizacion de un taller, dirigido a las personas de van a ejecutar la investigacion

## El Salvador

### Diseño de un Programa de Incentivos El Salvador



### Objetivo

- Mejorar la condición nutricional y la negativización de la baciloscopía a los dos meses de tratamiento.
- Aumentar la adherencia

### Tipo de Incentivo

1. Suplemento vitamínico
2. Pago de transporte del paciente al establecimiento de salud.

### Poblacion Beneficiaria

Pacientes BK + nuevos que ingresan al programa de tuberculosis.

### Posibles Efectos Perversos

1. Paciente no desee curarse porque sabe que al terminar el tratamiento deja de recibir el incentivo.
2. Que se suspenda el apoyo financiero (para el PNT)

Otro posible efecto perverso hubiera sido el traslado de pacientes a otro centro de salud que tiene los incentivos. Evitamos este problema como estamos implementando el incentivo a nivel nacional

## Financiamiento del Incentivo

1. FONDO GLOBAL. (5ANOS, a partir de Junio-Julio 2004)
2. MINISTERIO DE SALUD (Gobierno, existe dentro del presupuesto)

## Requerimientos

1. INFRAESTRUCTURA:  
Farmacias del nivel local  
Bodegas de Sistemas Básicos de Salud (SIBASI)
2. TRAMITE LOGISTICO:  
Suplemento vitamínico: Fondo Global licitara, lo comprara y lo distribuirá cada 6 meses a los SIBASI según los casos esperados y estos los distribuirán a cada nivel local según los casos reportados.  
PASAJE PARA TRANSPORTE: Se solicitara a fondo global los fondos cada 6 meses.

## Requerimientos

### 3. RESPONSABLE:

En las farmacias del nivel local lo entregaran a cada paciente una vez al mes dos latas de proteínoI o enshurprevia consejería y autorización por la persona responsable de la supervisión del tratamiento.

La Enfermera entregara \$2.00 al paciente que llegue por el tratamiento diariamente y este firmara un recibo.

El incentivo se entregara en ambas fases.

## Contexto

- El Salvador tiene una extensión territorial de 21,000 Km<sup>2</sup> es el país mas pequeño de Centro America.
- La poblacion es de 6,638.168 Hts.
- Densidad poblacional de 316 Hts/Km<sup>2</sup>
- Alta pobreza
- Tasa estimada por OMS de casos de TB es alta (50-80)
- Alta mortalidad por la coinfeccion TB/VIH.
- 5% tasa de abandono, 63% deteccion de casos

## Porque se decidió implementar un programa de Incentivos?

1. Para acelerar los resultados de curación y mejorar la condición nutricional.
2. Disminuir la transmisibilidad y por consiguiente la morbilidad y mortalidad.
3. El incentivo es la intervención que nos daría resultados a corto y mediano plazo.

## Como se eligió?

1. Se reviso literatura.
2. En base a resultados de experiencia que se obtuvo del incentivo que se proporciono en anos anteriores.
3. Experiencias de otros paises.

### **Como se sabe que tendrá efecto sobre la motivación del paciente/proveedor**

- Hacer un estudio puntual a través de entrevistas a pacientes y personal de salud previo a implementar el programa de incentivos y posiblemente también un estudio sobre los factores que impiden la búsqueda de casos.
- Experiencias de otros países.

### **Evaluación**

**Como se sabe que el incentivo tendrá el impacto deseado?**

- Evaluarlo cada dos meses, dándole seguimiento a los resultados de baciloscopias.
- Realizar una línea basal
- Realizar un estudio de costo-efectividad del incentivo.

## Haití

### Evaluando los incentivos en el control de la TB

HAITI

### Paso #1...Considerar....

Descripción de la Intervención

- Utilización de la Canasta Basica para estimular a los pacientes, los acompañantes y al personal de salud para mejorar sus metas

### Paso #2

¿Objetivos de la Intervención?

- Disminuir la tasa de abandono
- Aumentar la adherencia de los pacientes y acompañantes

### Paso #3

¿Cuál es el hipótesis sobre las relaciones a ser investigadas?

El incentivo alimentario va aumentar la adherencia de los pacientes y acompañantes, disminuyendo de esta manera la tasa de abandono

### Paso #4

Objetivos del estudio

- Qué se quiere saber con la evaluación?
  - Si en un contexto de pobreza extrema, un incentivo material como los alimentos pudiera aumentar la eficacia del tratamiento por la disminución de la tasa de abandono ?
- Qué variables serán examinadas y medidas?
  - % de detección de casos, % curación y éxito; visitas realizadas/programadas y opinión paciente sobre la asistencia de acompañante, % de alimentos utilizados /programados; % de pérdida de los alimentos
- Exprese las conductas; el personal local realizara
  - Análisis de la tarjeta de cita del acompañante
  - Entrevista separada con el paciente y ponderación de los resultados

### Paso #5

- Preguntas de investigación – necesidad de asegurar que el estudio le permite responder estas preguntas
  - Como se presentaron los indicadores en la zona de intervención y la zona de control ?
  - Cuales fueron los efectos positivos ?
  - Cuales fueron los efectos perversos ?

### Paso #6

- Hipótesis a ser probadas
  - Si en un contexto de pobreza extrema, un incentivo material como los alimentos pudiera aumentar la eficacia del tratamiento por la disminución de la tasa de abandono ?
  - Cuales son las relaciones que existen entre la utilización de incentivo y la tasa de abandono ?

### Paso #7

- Definir indicadores medibles de acuerdo a las hipótesis
  - Tasa de curacion en zonas de intervencion y control ?
  - Tasa de abandono ?
  - Tasa de deteccion de casos ?
  - % alimentos utilizados/ programados
  - % de perdidas de alimentos

### Paso #8

#### Diseño de Estudio

- n Selección: zona de intervencion y de control
- n Seguimiento de indicadores en ambas zonas
- n Evaluacion del desempeño de los acompañantes en ambas zonas ( coeficiente de adherencia)

### Proximos Pasos

- Evaluacion de impacto
- Recomendaciones

## Honduras



### Formulando el Plan de Estudio

Descripción de la Intervención

- Canasta básica a los pacientes cada mes durante el tratamiento.
- Intervención que se realizará a los pacientes de 4 de las 9 regiones (Decisión tomada con PMA).

### Objetivo de la Intervención

- Mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso.

### Objetivo del estudio

- Evaluar el impacto del incentivo en la adherencia al tratamiento antituberculoso del Programa de Control de Tuberculosis de Honduras en 2004 y 2005.
- Evaluar costo-efectividad de la intervención.

### Pregunta de investigación

- El incentivo de Canasta Básica dado a los pacientes inscritos en el Programa de Control de Tuberculosis de Honduras es una medida costo-efectiva que mejora la adherencia terapéutica?

### Hipótesis a ser probada

- El incentivo de Canasta Básica dado a los pacientes inscritos en el Programa de Control de Tuberculosis de Honduras es una actividad costo-efectiva que mejora la adherencia terapéutica.

### Diseno de Estudio

- Estudio Cuasi-Experimental con una cohorte expuesta al incentivo (pacientes de 4 regiones) y una cohorte no expuesta (pacientes de 5 regiones).

### Selección de Variables

Descripción	Fuente de Datos
Tasa de abandono	Ficha de abandono Libro de seguimiento de casos
% de dosis recibidas en el mes	TB4 (Hoja de control de tratamiento)
# de pacientes que han recibido el incentivo	Hoja de control de incentivos

### Otras variables

Descripción	Fuente de Datos
Empleo del incentivo	Encuesta a paciente y familiares.
Percepción del incentivo	Estudio por grupos focales

### Variables de costo

Descripción
Costo unitario de la Canasta Básica (costo real más distribución)
Costo estimado de un retratamiento despues del abandono.

## México



**México**

**México Libre de Tuberculosis**

*Programa de incentivos a los mejores desempeños  
Caminando a la excelencia*



**Evaluación estímulo por mejores desempeños  
Estrategia Caminando a la Excelencia (ECE)**

**I.- Descripción de la intervención:**

- ECE evaluación del desempeño, incluye todos los estados.
- Evalúa el cumplimiento TAES a través de un índice vectorial construido por 5 indicadores:
  - detección de SR,
  - casos nuevos diagnosticados,
  - seguimiento mensual de tratamiento,
  - productividad de laboratorio y
  - curación.



**Evaluación estímulo por mejores desempeños  
Estrategia Caminando a la Excelencia (ECE)**

**I.- Descripción de la intervención:**

- Refuerza la operación de 4 grandes sistemas de información SISPA, SUAVE, EPI-TB y SEED.
- Evaluación trimestral y anual
- Incentivos otorgados por la evaluación nacional:
  - Publicación anual nacional del Ministerio de Salud,
  - Reconocimiento en foros nacionales e internacionales,
  - Asistencia a eventos nacionales e internacionales.
- Resultado observado no evaluado
  - Mejoría de sistemas de información, avance indicadores



**Estrategia de evaluación  
Caminando a la Excelencia**



**Competencia "sana" entre estados y jurisdicciones.**

- Seguimiento estricto de acciones operativas.
- Periodicidad trimestral.
- Evalúa velocidad de cambio.
- Identifica focos críticos.
- Refuerza sistemas de información y capacidad técnica.
- Mejora las metas y el desempeño



**Salud México 2001**

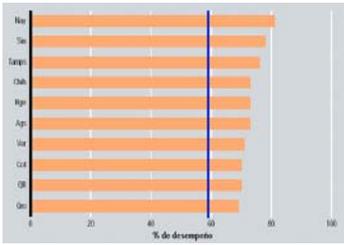
Información para la rendición de cuentas

✓ Tuberculosis	✓ Paludismo
✓ Cáncer Cérvico-uterino	✓ Dengue
✓ Planificación Familiar	✓ Rabia
✓ Hipertensión Arterial	✓ Salud Bucal
✓ Diabetes	✓ VIH/SIDA
✓ Cólera	✓ Vacunación

**Los mejores desempeños en Salud Pública**



**Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis**



El índice de evaluación considera:

- detección de casos y contactos
- curación de individuos con TAES
- vigilancia epidemiológica
- diagnóstico de laboratorio



**Difusión de resultados y asistencia a eventos internacionales**

Canada  
Uruguay  
República Dominicana  
Estados Unidos  
Nicaragua  
Honduras

Doc. Medicina de Enfermería en Tuberculosis

El programa de asistencia técnica de la OMS...

El programa de asistencia técnica de la OMS...



**Entrega de reconocimiento estatales y nacionales**



**Entrega de reconocimiento estatales y nacionales**



**Evaluación estímulo por mejores desempeños Estrategia Caminando a la Excelencia (ECE)**

✓ **Objetivo de Caminando a la Excelencia (intervención):**

Evaluar en los 32 estados el cumplimiento del TAES y el desempeño del personal responsable de tuberculosis, a través de un índice vectorial conformado por 5 indicadores de proceso y resultado, para identificar puntos críticos y orientar toma de decisiones. Periodicidad trimestral.



**Evaluación estímulo por mejores desempeños Estrategia Caminando a la Excelencia (ECE)**

✓ **Objetivo de la evaluación del incentivo:**

Medir el impacto del otorgamiento de los incentivos al personal de salud con mejores desempeños en la operación (proceso e impacto) del programa de manera trimestral y anual.

Variables a estudiar :

- Oportunidad de la información.
- Calidad de la información
- Cobertura TAES
- Indicadores de desempeño
- Innovaciones posteriores a la evaluación y otorgamiento del incentivo



**Evaluación estímulo por mejores desempeños Estrategia Caminando a la Excelencia (ECE)**

✓ **Preguntas de la evaluación:**

El reconocimiento (incentivo):

- ¿ Ha mejorado la operación o procesos del TAES?
- ¿ Que impacto ha tenido en los responsables del Programa?
- ¿ Ha modificado la relación entre autoridades y los responsables de Programa?
- ¿Que beneficio y desventajas tiene otorgar el incentivo?



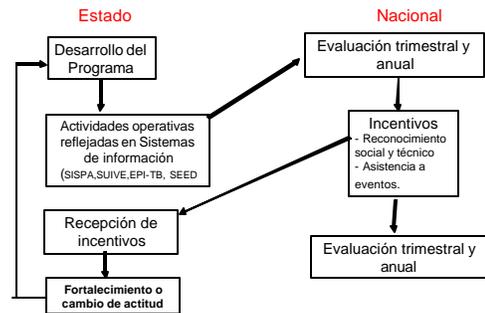
**Evaluación estímulo por mejores desempeños  
Estrategia Caminando a la Excelencia (ECE)**

✓ **Hipótesis**

El otorgamiento del incentivo a los mejores desempeños ha mejorado los procesos de información, el avance en las metas y el compromiso de las autoridades y los responsables de programa



**Evaluación estímulo por mejores desempeños  
Estrategia Caminando a la Excelencia (ECE)**



**Evaluación estímulo por mejores desempeños  
Estrategia Caminando a la Excelencia (ECE)**

✓ **Estudio**

- Selección de dos grupos de observación año 2001-2003:
  - Estados con mejores desempeños con estímulo.
  - Estados con desempeño regular y precario sin estímulo.
- Recolección de datos.
- Análisis de información con Epi-info
- Elaboración de informe
- Difusión

## Nicaragua

Factores Claves para el diseño de un Programa de Incentivos

### Objetivo:

Mejorar el porcentaje de curación, abandono y detección de SR en 36 municipios priorizados de 7 SILAIS del país

### Contexto:

- Años de sostenimiento de tasa de curación y abandono sin mejoría de indicadores
- Accesibilidad
- Pobreza

### Tipo de Incentivo:

- Paquete Alimenticio: Mejoría de Adherencia, disminución del abandono, mejoría de curación
- Propuesta nace de reuniones evaluativas con responsables del PCT del país.

### Población Beneficiaria:

- 500 Pacientes nuevos BK positivos en municipios de difícil acceso, mayores índices de pobreza
- Personal de salud de municipios de difícil acceso, alta incidencia de TB, abandono y pobreza

### Probabilidad de Generación de problemas:

- Se realizó entrevistas y reuniones con responsables de los PCT, epidemiólogos, administradores de cada SILAIS para evaluar impacto y se concluyó que la dispersión de municipios no afectaría el desempeño

### Fuente de Financiamiento

- Fondo Global por 5 años
- PMA interesado en mejorar componente nutricional en paquete alimenticio

### Responsable de proporcionar incentivo

- Proveedor privado entrega paquete alimenticio a traves de su red de distribucion
- Personal de salud garantiza supervision del tratamiento diario y entrega bono a paciente al finalizar la semana de tratamiento para que retire donde el proveedor privado paquete alimenticio

### Protocolo

- Se elaboro protocolo operativo con criterios de selección, indicadores de proceso y de impacto
- Estructura organizativa
- Mecanismos de control (Monitoreo y evaluacion-Price Waterhouse)

### Evaluación del impacto del Incentivo

- Incentivo no es de cobertura total de pacientes (solo 500 pacientes en I a)
- Solo 36 municipios del país.

Perú

Evaluando los incentivos en el control de la TB

“Vaso de leche”  
Perú

Paso #1  
Formulando el plan de estudio

Descripción de la Intervención

- Brindar un vaso de leche a los pacientes para la toma de sus medicamentos.
- Financiado por los municipios distritales a través de un convenio local (municipalidad de Lima metropolitana)

Paso #1  
Formulando el plan de estudio

Objetivos de la Intervención

- Mejorar la calidad de atención, disminuyendo la tasas de reacciones adversas a los fármacos (RAFAS).

Paso #1  
Formulando el plan de estudio

Objetivos de la evaluación

- ☞ Medir el impacto del incentivo:
  - ☞ Tolerancia al tratamiento
  - ☞ Satisfacción del usuario (calidad del servicio)
- ☞ Evaluar:
  - ☞ El tipo de producto (leche en polvo, envasada, evaporada, avena, otros)
  - ☞ Cantidad del producto distribuido
  - ☞ Costo del producto
  - ☞ Tiempo de demora en que el producto esté disponible para el paciente, por día
  - ☞ Frecuencia de distribución a los establecimientos (semanal, quincenal)

Paso #1  
Formulando el plan de estudio

Preguntas de la evaluación

- ☞ ¿El vaso de leche disminuye la frecuencia de reacciones adversas?
- ☞ ¿El vaso de leche facilita la adherencia al paciente?
- ☞ ¿El vaso de leche mejora la calidad de atención?
- ☞ ¿El vaso de leche es una intervención costo-efectiva desde el punto de vista de salud pública?

Paso #1  
Formulando el plan de estudio

Hipótesis sobre las relaciones a ser evaluadas.

- ☞ Las reacciones adversas disminuyen con el vaso de leche en la ingesta de sus medicamentos.
- ☞ El vaso de leche facilita la adherencia al paciente.
- ☞ La satisfacción del usuario (calidad de atención) con el vaso de leche.
- ☞ La inversión para el vaso de leche es costo-efectiva para la comunidad.

## Paso #2 Diseño de estudio

### Diseño experimental (muestra aleatoria)

Estudio Pre – post intervención con grupo de control en la post-medición.

Cálculo de muestra para detectar diferencias de proporción en dos poblaciones (EPI INFO)



X O1  
O2

## Paso #3 Selección de variables

Descripción	Tipo	Fuente de datos
<i>Variables de resultado</i>		
Tasa de curación	Continua	Libro de registro
Tasa de RAFAS	Continua	Libro de registro
Tasa de abandonos	Continua	Libro de registro
Tasa de fracaso	Continua	Libro de registro
Tasa de mortalidad	Continua	Libro de registro

## Paso #3 Selección de variables

Descripción	Tipo	Fuente de datos
<i>Variables de proceso</i>		
Tipo de producto	Categórica	Comité del vaso de leche
Satisfacción del usuario	Categórica	Encuesta
Ingesta vaso leche	Categórica	Cuaderno Registro vaso

## Paso #3 Selección de variables

Descripción	Tipo	Fuente de datos
<i>Variables de fondo o control</i>		
Sexo	Categórica	Libro de Registro
Edad	Continua	Libro de Registro
Condición económica	Categórica	Evaluación Social
Hepatopatía previa	Categórica	Historia Clínica
<i>Variables de costo</i>		
Costo de la leche	Continua	Comité del vaso de leche

## República Dominicana

### Factores Claves de la Propuesta de Incentivos del PNCT de República Dominicana, en el proceso de fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAES

Taller de Incentivos MSH/OPS  
Tegucigalpa 6,7 de mayo del 2004

### Antecedentes en República Dominicana

- No hay registro histórico de incentivos en PNCT en el país .
- En algunos establecimientos utilizan incentivos - Alimentos- para los pacientes con TB. (Experiencias aisladas a nivel local, no evaluadas).
- Otras experiencias: Campaña “Lo que a ti te sobra a mi me puede faltar”.

### Objetivos

- Generales:
  - Apoyar la consolidación de la estrategia DOTS/TAES en 7 provincias priorizadas y el Distrito Nacional.
  - Apoyar la expansión de la estrategia DOTS/TAES a nivel nacional.
- Específicos:
  - Mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud para el control de la TB.
  - Mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con TB, disminuyendo el abandono.
  - Estimular el autocuidado de los pacientes con TB.
  - Fortalecer las redes de soporte social para los pacientes con TB.

### Tipo de incentivo

- Al personal de salud:
  - Reconocimiento al buen desempeño: Pergaminos y publicaciones en murales, boletines.
  - Participación en actividades científicas a nivel nacional e internacional (UNION, CDC, OPS/OMS).
  - Vacaciones terapéuticas: Días libres, fines de semana compensadas por el buen desempeño.
  - Bonos de reconocimiento por el buen desempeño.
  - Entrega de gorras, camisetas, etc.

### Tipo de incentivo

- Al paciente:
  - Alimentación complementaria al paciente con TB y grupo familiar, según criterios de selección por riesgo social (pobreza extrema) y cumplimiento del tratamiento.
  - Facilidades de transporte para pacientes en pobreza extrema y limitaciones de accesibilidad geográfica ?.
  - Organización de los pacientes: Conformación de grupos de autoayuda entre los pacientes con TB, con asistencia profesional.

### Población beneficiaria

- Personal de salud de los establecimientos de salud públicos, con DOTS/TAES que participa en el control de la TB.
- Todos los pacientes ingresados al PNCT, que tengan los criterios de calificación : económico y social; y, cumplimiento regular del tratamiento, en los establecimientos de salud públicos con DOTS/TAES.

### Posibles problemas que pudieran generar efectos adversos

- No sostenibilidad de los incentivos en el mediano plazo.
- Generar grupos de presión institucional o social.
- Dificultades administrativas en la gestión del PNCT por incorporar nuevas actividades.
- Dificultades para evaluar su impacto.

### Opciones para la financiación

- Presupuesto nacional
- Fondo Global
- USAID
- Autogestión

### Requerimientos

- Definir el marco normativo y legal.
- Garantizar el financiamiento para 5 años como mínimo.
- Establecimientos de salud con DOTS/TAES.
- Personal de salud capacitado y motivado, para implementar plan.
- Coordinación con autoridades edilicias, grupos comunitarios.
- Coordinación con otras instituciones estatales.

### Herramientas para asegurar que el incentivo sea implementado

- Implementación progresiva.
- Garantizar que el PNCT esté adecuadamente implementado en los establecimientos de salud que aplicarán los incentivos.
- Sistema de monitoreo, supervisión y evaluación.
- Coordinación con otras instituciones estatales.

## Anexo E: Evaluación del Taller

Solo recibimos diez respuestas evaluando el taller; sin embargo estas fueron muy positivas.

Abajo se detalle algunos comentarios específicos—

- Es importante dar seguimiento a este tipo de reuniones, excelente la participación de las organizadoras y expositoras, agradecemos el apoyo brindado y la accesibilidad para cualquier consulta posteriormente.
- Es un tema muy importante para mi formación. La reunión fue bien planeada, el contenido muy útil, el desarrollo logístico muy bueno. Se logró despertar un gran interés entre los asistentes por el tema de los incentivos y se condujo muy bien la discusión.
- Se cumplieron los objetivos planteados.
- Muchas gracias por la invitación y felicitaciones.
- Todos pensamos que fue una reunión muy productiva, el compartir experiencias con todos los países fue muy interesante, espero que se le de seguimiento a las mismas, ya que de esta manera reforzaremos aun mas el sistema de incentivos para el bien de los programas de tuberculosis existentes en los países.
- La reunión fue oportuna porque la mayor parte de los países están empezando a incluir los incentivos y estamos a tiempo de diseñar instrumentos de evaluación de impacto. Sería importante mantenernos informados de los avances que hagan de forma particular cada uno de ellos para fortalecer el intercambio de experiencias.
- Es importante dar seguimiento a lo tratado en la reunión y que los países tengan un instrumento que pueda ser comparable para la medición de los resultados de la implementación de los incentivos.
- La experiencia fue suficientemente satisfactoria en lo personal y como país, puesto que ha servido para abrir un portal a la luz de nuevos retos planteados a los jefes de programas en cuanto a la evaluación real de los planes de incentivos a desarrollar o que ya están siendo implementados en los países.
- Concerning the countries' presentations, it is good to have the structure of the slides, which gives uniformity to the presentations.
- Es importante que se continúen realizando este tipo de reuniones y que la comunicación entre los países sea más continua, de tal forma que se conozca de los avances y experiencias que se vayan teniendo; de tal forma que podamos apoyarnos mutuamente.
- I believe the countries should have received a time limit for their presentations.

- Si bien es cierto que el estudio presentado sobre incentivos en El Salvador sirvió como detonante para la generación de discusión en la reunión, consideramos que debió quizás comentarse al inicio que dicho estudio no reflejaba necesariamente una experiencia aplicable a los países ya que contaba con serios problemas de diseño metodológico.
- La reunión nos ha permitido conocer a los jefes de programa cuanto compartimos y diferimos en relación al tema de incentivos.
- El taller fue muy bueno. Es excitante compartir experiencias con otros profesionales trabajando en contextos sociales, económicos y epidemiológicos diferentes.
- Creo que la reunión puede permitir efectivamente a los organismos cooperantes conocer en mejor forma la dimensión de los incentivos y su significado real para los programas de TB sin apasionamientos y actitudes negativas sin antes conocer una evaluación lo suficientemente objetiva.

Las respuestas exactas de los diez participantes que contestaron fueron lo siguientes (en paréntesis):

<b><u>Evaluación de la reunión en general:</u></b>	<b><u>No de Acuerdo</u></b>			<b><u>De Acuerdo</u></b>	
La reunión valió la pena	1	2	3	4 (1)	5 (9)
El tema de la reunión es importante para mi trabajo	1	2	3	4 (1)	5 (9)
La reunión me ayudó en considerar temas en el diseño y métodos para la evaluación de incentivos	1	2	3	4 (3)	5 (7)
Siguiendo compartir experiencias con incentivos es importante	1	2	3	4 (2)	5 (8)

<b><u>Evaluación de las sesiones</u></b>	<b><u>Mala</u></b>			<b><u>Excelente</u></b>	
Presentación: Objetivos de la reunión (Matías Villatoro)	1	2	3 (1)	4 (4)	5 (5)
Presentación: Introducción a la utilización de los incentivos en los programas de control de la TB (Alix Beith)	1	2	3 (1)	4 (2)	5 (7)
Presentaciones de los países	1	2	3 (1)	4 (9)	5 (1)
Presentación: Desafíos comunes en la evaluación de los incentivos (Patricia Paredes)	1	2	3	4 (2)	5 (7)
Mesas de trabajo: ¿en cual grupo estuvo usted? (A, B o C) _____	1	2	3	4 (4)	5 (2)
A. Países que no tienen incentivo (2)					
B. Países que tienen incentivo pero no han hecho evaluación (5)					
C. Países que tienen incentivo y han hecho evaluación					

<b><u>Formato y métodos de la reunión</u></b>	<b><u>Mala</u></b>		<b><u>Excelente</u></b>		
Tiempo para trabajo en grupos por país	1	2	3 (1)	4 (7)	5 (2)
Proceso de desarrollo de planes por país	1	2	3 (4)	4 (6)	5 (1)
Tiempo para discusión durante la reunión	1	2	3	4 (7)	5 (3)
Logística de la reunión	1	2	3	4 (2)	5 (8)

